BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR FÉLIX BRICHETEAU

Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Vice-Président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société médicale d'observation,
Membre de la Société d'hydrologie et de la Société d'anthropologie,
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE ET ONZIÈME.



PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE THÉRÈSE, N° 5.

1866

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi des émissions sanguines dans les maladies utérines (1),

Par M. Courty, professeur à l'Ecole de médecine de Montpellier.

On peut employer les émissions sanguines sous diverses formes : saignées générales, sangsues, ventouses, scarifications. Elles sont déplétives, dérivatives ou révulsives.

La *saignée générale* a été préconisée de nos jours par Lisfranc et par son école. M. Nonat en fait encore un fréquent usage. On la pratique surtout au *bras*. On tire quelquefois une quantité de sang assez considérable, 250 à 300 grammes, pour que l'opération ait une action déplétive sur tout le système : elle est dite alors spoliative; le plus souvent on se contente d'en tirer une quantité beaucoup moindre, 150 à 180 grammes : elle est dite alors révulsive ou improprement dérivative. On la pratique immédiatement avant la menstruation pour diminuer l'afflux du sang vers l'organe, ou pendant les règles ou après celles-ci, pour détourner de l'utérus le mouvement de ce liquide.

Je regarde comme généralement contre-indiquée la saignée spoliative dont l'avantage, comme moyen d'activer l'absorption, me paraît toujours largement compensé, ou plutôt détruit, par l'inconvénient grave d'affaiblir les malades. Au contraire, comme révulsive, la saignée du bras peut être d'une grande utilité dans les cas de métrorrhagie ou mieux de ménorrhagie active; de fluxion imminente, aiguë ou récente, et considérable sur l'utérus; ou de

(1) Extrait du *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Sous presse (librairie Asselin).

fluxion ancienne, mais mobilisée préalablement par d'autres moyens; ou d'aménorrhée, de déviation menstruelle, et de congestion d'autres organes, tels que les poumons, par suite de déplacements fluxionnaires.

Rarement l'indication se présente de faire la saignée du *pied*. Cette petite opération ne fait guère qu'augmenter ou porter la fluxion vers l'utérus. Elle peut donc être indiquée dans les cas d'aménorrhée, avec déviation des règles et tendance du mouvement fluxionnaire à se porter à la tête ou à la poitrine. Elle peut suppléer, comme attractive, l'application des sangsues sur l'utérus ou à la vulve. Elle peut même agir comme dérivative de la fluxion fixée sur l'utérus et préalablement mobilisée par une déplétion locale : ce cas est peut-être le seul, dans les maladies utérines proprement dites, où elle soit indiquée.

Les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* sont au contraire souvent indiquées. On les applique autour du bassin ou sur les parties environnant l'utérus et se trouvant plus ou moins directement en relation avec cet organe, ou bien sur le col même de la matrice.

Fréquemment, chez les filles aménorrhéiques, ou dont les règles se sont supprimées brusquement, par l'effet d'une influence physique ou morale, on les applique au haut des cuisses, à la partie inférieure des plis de l'aine, ou à la face externe des grandes lèvres. On oblige ainsi la fluxion à se porter vers ces points et vers l'utérus, dont le système vasculaire est en relation directe avec celui de ces régions : elles jouent alors sur le sang circulant dans ces vaisseaux le rôle d'attractif direct et puissant, et elles jouissent d'une efficacité incontestable. D'autres fois, en les appliquant sur ces mêmes points, surtout après les avoir fait précéder d'une déplétion directe des vaisseaux utérins, on produit une véritable dérivation, c'est-à-dire une déviation du courant sanguin, qui se porte avec trop d'intensité ou de persistance sur la matrice. Cette médication dérivative se produit plus sûrement encore dans certaines circonstances, lorsqu'on l'applique à l'hypogastre, aux régions iliaques ou aux lombes. On voit, chez quelques malades, des douleurs intenses céder, comme par enchantement, à cette application. Dans ces cas, les ventouses scarifiées sont encore préférables et produisent une dérivation plus puissante, surtout dans les cas d'ovarite, d'inflammation péritonéale ou péri-utérine.

Mais de toutes les applications de sangsues, celle que je pratique le plus souvent et avec les succès les plus constants, surtout dans les cas de congestion forte et ancienne, de métrite chronique, de

périmétrite, d'ovarite, d'hématocèle périutérine ou de phlegmon pelvien, c'est l'*application des sangsues sur la portion vaginale du col*. C'est le meilleur moyen de désemplir ou de vider le système sanguin de l'utérus; ou, par l'intermédiaire de l'utérus, et par suite de la communauté de circulation existant entre cet organe, les trompes et les ovaires, de déterminer une dérivation sur ces derniers, sur les tissus périutérins, les hématocèles, etc.

Qu'elle ait été ou non connue de Zacutus Lusitanus et de Nigrisoli de Ferrare, l'application des sangsues sur le col a été introduite de nos jours dans la pratique gynécologique par Guibert [1], propagée par M. Scanzoni et par Aran. Depuis plusieurs années que je l'emploie, je n'en ai jamais obtenu que de bons résultats. Seulement les légères difficultés de cette petite opération et la nécessité d'en surveiller les suites, sont cause que le médecin ne peut confier à d'autres qu'à lui-même le soin de la pratiquer. Du reste, avec un peu d'habitude, aucune application de sangsues ne devient pour les femmes plus simple, moins pénible et moins embarrassante que celle-ci.

La malade étant placée sur le bord du lit comme pour l'application du spéculum, les membres inférieurs rapprochés et fléchis sur le ventre, où la femme les retient à l'aide de ses mains appliquées sous les jarrets, on introduit un spéculum aussi long et aussi large qu'il est nécessaire pour atteindre et embrasser le col, habituellement volumineux : il ne faut pas toutefois que le spéculum soit plus large que le col, afin d'éviter que les sangsues ne piquent le vagin dans le cul-de-sac utéro-vaginal. Le col étant découvert, bien embrassé par le spéculum, et exactement essuyé des mucosités qui le couvrent, à l'aide d'un tampon de coton, on jette dans l'instrument, en les dirigeant sur l'utérus, des sangsues d'une grosseur moyenne, au nombre de sept (un plus grand nombre n'a pas de place pour piquer), et on les y retient à l'aide d'un fort tampon de coton que l'on pousse dans le spéculum de manière à en remplir le calibre et à empêcher la fuite des sangsues. Cela fait, on approche une petite table, ou un siége un peu élevé, sur lequel la malade appuie ses jambes ou ses pieds, pour éviter la fatigue, en même temps qu'elle est entièrement couverte par ses vêtements. Le médecin doit avoir seulement le soin de tenir constamment le spéculum appuyé contre le col, pour qu'aucune sangsue ne pique le vagin autour de

(1) *Considérations pratiques sur certaines affections de l'utérus*. Paris, 1826.

lui, ou ne s'insinue entre cet organe et l'instrument et ne se glisse sur la paroi vaginale ou même à l'extérieur, entre le spéculum et le vagin, comme je l'ai vu arriver maintes fois.

En général, la piqûre des sangsues ne cause aucune douleur; quelquefois elle est perçue par la malade, mais sans souffrance. Je n'ai vu ces piqûres éveiller de la douleur (et, dans ce cas, une douleur qui peut être atroce, aller jusqu'à l'évanouissement, ou à une attaque d'hystérie) que lorsque le corps est ulcéré, ou entr'ouvert de manière à y laisser pénétrer les sangsues, ou le siége d'une hyperesthésie, d'un état névralgique qui empêche, comme je l'ai vu, de toucher seulement cet organe et surtout d'y introduire, même avec les plus grands ménagements, l'extrémité du cathéter. Ce dernier cas ne peut pas toujours être prévu, et il y est difficile de prévenir alors la douleur. Pour les deux autres, il est facile d'y remédier en ayant soin de placer un tampon de coton dans la cavité du col entr'ouvert, ou de couvrir de collodion huileux le petit ulcère granuleux qui occupe une partie de l'organe.

La malade ne sent pas habituellement les piqûres des sangsues; mais souvent elle éprouve une sensation particulière au moment où ces annélides travaillent avec le plus d'activité, ou plutôt au moment où, sous l'influence de la succion, le sang afflue vers le col et commence à couler. C'est une sensation de tiraillement, de traction qui paraît s'exercer de l'hypogastre, de la région iliaque ou des reins vers le vagin; souvent le point de départ de cette sensation de succion est dans l'organe malade, le corps de l'utérus ou l'ovaire, et parfaitement précisé par les femmes.

Après environ vingt minutes, et le plus souvent après que la malade a accusé cette sensation particulière dont je viens de parler, on voit le sang sourdre autour du tampon. On doit alors ôter celui-ci, incliner le spéculum pour faire tomber les caillots, et attendre ou provoquer au besoin, après un quart d'heure, la chute des sangsues. Il faut s'assurer, en les comptant, que toutes sont sorties; au besoin, aller les chercher avec les pinces au fond du spéculum, ou, après avoir retiré celui-ci, les saisir avec le doigt dans quelque repli du vagin et les ramener au dehors. Toute l'opération ne dure pas plus d'une demi-heure.

Si les sangsues ont bien pris, et si l'écoulement sanguin a été suffisant, on voit dès ce moment, au fond du spéculum, le col de l'utérus qui était rouge, violacé, tuméfié, devenir pâle et diminuer de volume. Dès ce moment aussi la malade éprouve souvent une

sensation agréable de déplétion ; il semble, au dire de quelques-unes, que les sangsues aient enlevé tout le mal.

L'hémorrhagie dure ordinairement quelques heures. Il faut donc faire coucher la malade dans son lit, en plaçant, au-dessous du siége et entre les jambes, l'alèze et les linges destinés à recevoir le sang qui sort de la vulve; au besoin, si l'hémorrhagie est trop forte, laisser dans le vagin un tampon de coton qui la modère, en déterminant la coagulation du sang dans le fond de ce canal. Il faut l'inviter à garder le repos, étendue sur le dos, les jambes rapprochées et fléchies; lui faire prendre un bouillon pour réparer ses forces, et ne s'éloigner qu'après s'être assuré que le sang ne coule pas trop abondamment.

Si l'hémorrhagie est considérable et devient inquiétante, comme j'en ai rencontré quelques exemples, il faut non-seulement faire des lotions vaginales à l'eau froide vinaigrée, mais ne pas quitter la malade sans avoir arrêté définitivement l'écoulement sanguin. Le moyen le plus sûr pour y parvenir, c'est d'introduire de nouveau le spéculum, d'y verser de l'eau froide pour délayer le sang, d'extraire les caillots, d'absterger l'utérus pour voir d'où vient l'hémorrhagie, et de porter sur le col une boule de coton imbibée de perchlorure de fer à 30 degrés, sur laquelle on se hâte de porter plusieurs autres tampons, bien serrés, que l'on pousse avec les pinces, et à mesure qu'on retire le spéculum, dans tous les coins et contre les diverses parois du vagin, de manière à remplir exactement ce canal jusqu'à la vulve ; car j'ai rencontré des cas, très-rares, il est vrai, où je n'ai pu arrêter l'hémorrhagie autrement. Quelques heures après, il faut avoir soin de visiter la malade pour la faire uriner ou pour ôter les tampons inférieurs et lui permettre d'uriner elle-même.

Ces cas sont très-rares ; mais il faut être prévenu qu'ils peuvent se présenter. Du reste, j'ai observé que ce sont toujours les cas les plus heureux, ceux dans lesquels la déplétion de l'organe est si complète, que la maladie ne tarde pas à céder aux autres moyens employés consécutivement.

Il arrive bien plus souvent que l'hémorrhagie est insuffisante. Quelquefois même elle est si minime, que les sangsues n'ont produit qu'un effet attractif, ou augmenté la fluxion vers l'utérus, la congestion de l'organe et avec elle les douleurs dans la matrice et dans tout le bassin. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter : il faut faire, le soir même ou le lendemain, une nouvelle application de sang-

sues et obtenir enfin, par une évacuation sanguine suffisante, la déplétion nécessaire.

Une sangsue peut-elle s'introduire dans la cavité utérine, si l'on n'a pas bouché l'orifice avec un petit tampon, et produire des accidents inquiétants? La possibilité de cette introduction est signalée par M. H. Bennet [1]; une observation de cet accident est citée par Goupil [2]; un accident semblable est arrivé à M. Besnier et à M. Siredey. Dans ces deux derniers cas, la sangsue, vainement recherchée, est sortie du vagin dès que la malade a été mise dans un bain chaud. Une de mes malades, que j'avais dû tamponner au perchlorure de fer, m'a assuré avoir vu sortir par la vulve, six mois après l'application, une sangsue atrophiée; je n'aurais pas rapporté le fait sans la confiance que m'inspire cette dame. Je dois dire que je n'ai jamais constaté moi-même un pareil accident, ni aucune des suites fâcheuses qu'on pourrait lui attribuer. Lorsqu'une sangsue a pénétré dans l'utérus, ce que j'ai vu rarement, elle n'a pas tardé à en sortir quelques instants après sans avoir produit autre chose qu'une douleur anormale. Du reste, cet accident, pouvant être aisément évité, ne constitue, à aucun point de vue, une contre-indication à l'application des sangsues sur le col.

La seule contre-indication à l'application des sangsues, c'est un état fluxionnaire de l'utérus, commençant ou augmentant. Lorsqu'une fois la fluxion est fixée, que la congestion existe, et surtout qu'elle existe depuis longtemps, l'indication est formelle. J'ai eu recours à ce moyen, même chez des malades ayant des hémorrhagies utérines, mais des hémorrhagies insuffisantes pour dissiper la congestion qui les provoquait et n'ayant d'autre effet que d'affaiblir les malades sans faire crise et sans juger la maladio; le col était volumineux, dur, très-chaud, très-douloureux; j'ai obtenu des succès immédiats et constants.

Quelquefois on peut faire sur le col des *scarifications*. M. Scanzoni, M. Mayer ont fait construire des scarificateurs destinés à cet usage. On se sert avec autant d'avantages du scarificateur ordinaire, ou bien d'une lame de lancette ou de scarificateur portée à l'extrémité des pinces utérines. Il ne faut pas faire les scarifications trop profondes, de peur de blesser des vaisseaux d'un certain calibre. Mais, d'ordinaire, l'hémorrhagie obtenue par les

---

(1) Ouvr. cité, p. 289.

(2) Bernutz et Goupil, *Cliniq. méd. sur les malad. des femmes*, t. II, p. 443. Paris, 1862.

scarifications est insuffisante, et il m'a toujours paru bien préférable d'appliquer des sangsues. J'ai réservé les scarifications pour le cas d'un col utérin très-engorgé, ou hypertrophié, granuleux ou non granuleux, qu'il importe de dégorger avant de le soumettre à une cautérisation, pour amener dans son tissu une tendance résolutive.

La difficulté d'obtenir une hémorrhagie suffisante par la scarification du col a fait imaginer des ventouses pouvant s'adapter sur cet organe et solliciter, lorsqu'on y fait le vide à l'aide d'une pompe, l'écoulement du sang par les petites plaies qu'a faites l'instrument tranchant. J'ai vu un instrument de ce genre entre les mains de M. Simpson. Il ne faut pas confondre ces ventouses destinées à être appliquées sur le col avec la ventouse sèche apportée par le même chirurgien dans l'intérieur même de l'utérus.

Je ne veux pas terminer l'histoire des émissions sanguines sans résumer en quelques mots les médications qu'elles réalisent et les indications qu'elles remplissent.

D'abord, il est évident qu'on ne doit avoir recours aux émissions sanguines que lorsque le sang joue un rôle dans l'existence d'une maladie utérine, soit comme produisant des fluxions par l'impulsion ou le mouvement qui lui est imprimé, soit comme congestionnant l'organe par la plénitude et la distension des vaisseaux qui le contiennent, soit enfin comme participant ou concourant à la production et à l'entretien de l'inflammation.

Il est évident aussi qu'elles ne peuvent être que déplétives, dérivatives ou révulsives.

Il faut donc suivre à leur égard les règles tracées pour le *traitement méthodique des fluxions* et pour l'emploi de la déplétion, de la dérivation et de la révulsion en général. Sous ce rapport, ce que je dirai des émissions sanguines sera même applicable aux autres agents évacuants, aux autres dérivatifs, aux autres révulsifs.

Il faut partir toujours des mémoires de Barthez sur le traitement méthodique des fluxions ([1]), chaque fois que l'on touche à quelque application de ce grand principe de thérapeutique générale. Je ne connais pas de livre qui, sauf les erreurs de détail que le temps dévoile et les corrections ou les perfectionnements que l'expérience apporte, soit aussi fondamentalement pratique que cet opuscule.

Or la fluxion, c'est-à-dire ce mouvement qui porte le sang ou

---

([1]) *Nouveaux éléments de la science de l'homme*, 3e édit., t. II, p. 339. Paris, 1858.

une autre humeur sur un organe particulier avec plus de force ou suivant un autre ordre que dans l'état normal, peut être imminente, ou toute nouvelle et mobile, ou fixée, c'est-à-dire ayant amené la congestion, qui est un état permanent.

D'autre part, les mouvements inverses que l'on peut produire sur le sang, sur la fluxion ou sur la congestion, à l'aide des émissions sanguines, des évacuants, des épispastiques, des attractifs, de l'hydrothérapie, etc., sont : la déplétion qui consiste à soustraire directement de l'organe le trop-plein qui constitue son état de pléthore, de congestion, d'hyperhémie ; la dérivation qui consiste à dériver, c'est-à-dire à dévier dans son trajet et avant qu'il y soit arrivé, le fluide qui se porte vers cet organe pour le congestionner; la révulsion qui révulse, c'est-à-dire qui détourne le mouvement de ce fluide pour le diriger et au besoin le fixer momentanément sur un organe tout différent, plus ou moins éloigné; cet organe dégage le premier en devenant lui-même l'aboutissant de la fluxion qui entretenait la maladie que l'on cherche à guérir.

Lorsque la fluxion est imminente, qu'elle se forme, qu'elle se répète, mais qu'elle n'est pas encore fixée, la révulsion, en détournant le mouvement fluxionnaire vers un point tout différent, peut l'empêcher de se fixer sur l'organe que l'on veut préserver. Exemple : la saignée du bras, le vomitif, dans les cas de fluxion imminente, congestive ou hémorrhagique de l'utérus.

Lorsque la fluxion est fixée, qu'elle a déterminé la congestion ou la plénitude vasculaire permanente de l'organe, on ne peut la détourner, mais on peut la dévier et aider l'organe malade à se dégager en dérivant le fluide suivant une direction différente, dans un point plus ou moins rapproché du siége même de la congestion. Exemple : les sangsues ou les ventouses scarifiées à la vulve, à l'anus, aux aines, à l'hypogastre, aux lombes, dans le cas de congestion utérine simple, récente, succédant à un excès de fluxion avec insuffisance d'hémorrhagie menstruelle.

Lorsque la fluxion est fixée et ancienne, que la congestion date de loin, que la résolution en est rendue difficile par l'effet de l'habitude et de la perte de réaction des vaisseaux distendus par le liquide, ni révulsion, ni dérivation ne parviennent à la dissiper. Il faut alors, par l'évacuation ou la déplétion, désemplir localement, vider directement le trop-plein du système vasculaire. Exemple : application des sangsues sur le col dans les congestions et dans les métrites chroniques.

Je passe sur les détails donnés par Barthez et sur ceux qu'on

peut ajouter, comme applications de ces principes fondamentaux aux cas particuliers et notamment à ceux qui nous occupent. Mais il est un point qui me paraît avoir été négligé par ce grand médecin, et dont j'ai tous les jours observé et vérifié la justesse, je veux parler de la nécessité d'associer la dérivation ou la révulsion à la déplétion, dans les cas de congestions anciennes, et de les associer dans un ordre justement inverse de celui dans lequel on peut être amené à les employer quand on combat une fluxion imminente ou fixée, récente ou ancienne.

En un mot, il ne suffit pas d'avoir fait la déplétion de l'organe pour l'avoir guéri. La déplétion a fait disparaître sa congestion, mais non l'habitude du mouvement fluxionnaire. L'effet est détruit momentanément, mais la cause persiste et ne tardera pas à le reproduire. Il ne faut donc pas se contenter d'avoir vidé le trop-plein : on n'a pas alors anéanti la fluxion, on n'a fait que lui ôter sa stabilité, on l'a mobilisée. Il faut se hâter de profiter de cette circonstance pour la dévier, la détourner par la dérivation et la porter sur un autre point par la révulsion, assez longtemps, assez largement, assez profondément pour faire perdre à l'utérus l'habitude d'être le point attractif et l'aboutissant de cette fluxion.

Tous les jours, dans le traitement d'ophthalmies intenses ou rebelles, j'obtiens des succès rapides et durables, en commençant par des applications de sangsues aux tempes, aux apophyses mastoïdes, ou de vésicatoires palpébraux ou péri-orbitaires, suivis le soir d'un pédiluve tiède, fortement sinapisé et très-prolongé, et le lendemain d'un purgatif. Un de mes malades, très-instruit et très-intelligent, mais peu au courant des principes de notre art, m'a donné l'occasion de faire récemment la contre-épreuve de la règle que je pose ici. Il avait été guéri en vingt-quatre heures d'une fluxion fixée sur la joue et les gencives depuis plusieurs jours, à la suite d'une carie dentaire, par une bonne application de sangsues à l'angle de la mâchoire, suivie le soir d'un pédiluve sinapisé et le lendemain d'une forte purgation. Quelques mois après, il fut repris de la même maladie, et me consulta dès le début, avant que la fluxion fût fixée. Malgré mon avis de révulser fortement, et de n'agir que loin du siége du mal, il voulut revenir à l'application des sangsues, à laquelle il attribuait tout le mérite de sa cure précédente. Quel ne fut pas son étonnement de se trouver le soir, sous l'influence attractive exercée par la succion des annélides, avec un gonflement énorme, très-douloureux, et étant passé de l'état de fluxion commençante à celui d'une congestion confirmée !

Eh bien, précisément cette règle est applicable au traitement d'un grand nombre de maladies utérines chroniques. Il n'en saurait être autrement, vu la part que la fluxion, la congestion, l'inflammation prennent à leur constitution.

Presque toujours, dans ces cas, il faut commencer par appliquer des sangsues sur le col une ou deux fois pour faire la déplétion; mais une fois la fluxion ébranlée, mobilisée par cette déplétion et au besoin par une autre émission sanguine dérivative ou par l'application d'un épispastique sur les parties voisines, il faut profiter de cette instabilité pour la déraciner en quelque sorte et la détourner par une vraie révulsion, au profit d'autres organes. Un purgatif, administré le lendemain de l'application des sangsues, remplit ce but parfaitement dans certains cas, et l'on voit des malades qui, dès ce moment, sont ou se croient guéries. Mais, chez beaucoup d'entre elles, la maladie est trop ancienne pour qu'il puisse en être ainsi; c'est alors qu'il faut soutenir l'action par des révulsifs intestinaux et des révulsifs cutanés de diverses sortes, notamment par l'hydrothérapie, le plus puissant des révulsifs, sans préjudice des médications résolutives, toniques, sédatives, etc., et des pansements ou des topiques dont le concours est nécessaire le plus souvent pour assurer et consolider le succès.

Ce n'est pas sans raison que j'ai insisté un peu longuement sur les diverses médications qu'on peut réaliser à l'aide des émissions sanguines et de leurs auxiliaires, ainsi que sur les diverses indications que peut commander la fluxion, cet élément en quelque sorte fondamental de la majorité des maladies utérines. Quel que soit le moyen spécial ou la médication particulière que réclame le traitement d'une maladie de matrice, la combinaison des médications dont je viens de régler l'emploi doit être si souvent utilisée, qu'on peut y rapporter, dans la majorité des cas, la plus grande part, sinon à la guérison, au moins au soulagement des malades et aux tendances favorables qui sont imprimées à leur maladie et qui souvent en rendent seules la guérison possible.

Un des points les plus importants du traitement des maladies utérines, comme d'ailleurs de toutes les maladies en général, ce n'est pas l'application de tel ou tel médicament; c'est plutôt l'opportunité de cette application. Cette opportunité, ce moment de choix, cette occasion qu'il faut savoir saisir, ont plus d'importance ici qu'ailleurs, à cause de la différence que présentent la marche et les allures des maladies utérines comparées aux autres maladies. Le retour de la menstruation, notamment, amène dans les conditions de l'or-

gane des modifications si profondes, que non-seulement il faut suspendre tout traitement ou plutôt le cours naturel du traitement antérieurement commencé, pendant toute la durée des règles, mais qu'on doit encore profiter de ce moment pour faire intervenir de nouveaux moyens, lesquels n'ont une efficacité complète qu'à la condition d'être employés en temps utile. Combien de malades n'ai-je pas traitées par les mêmes moyens qui, m'assuraient-elles, avaient aggravé antérieurement leur maladie et qui me donnaient au contraire, par une application plus opportune, les plus beaux succès ?

Ici, plus qu'ailleurs, il est nécessaire de ne pas rester dans les généralités. Prenons un exemple : or, il n'en est pas de plus saisissant que celui des émissions sanguines.

Un des moyens qui produisent le soulagement le plus marqué et le plus rapide, dans le traitement des maladies de matrice, c'est l'application des sangsues sur le col. Frappés des succès que j'en ai obtenus depuis bien longtemps, tous mes élèves ont suivi cette pratique; mais il m'est arrivé quelquefois d'avoir à redresser leur erreur et à réparer les conséquences fâcheuses d'une application assurément bien indiquée, mais intempestive ou insuffisante. Cette pratique, bien moins commune qu'elle ne mérite de l'être, commence pourtant à être assez répandue pour que j'aie vu un certain nombre de malades étrangères, de divers points de l'Europe, ayant subi dans leur pays des applications de sangsues sur le col. Chez plusieurs d'entre elles, j'ai dû revenir à l'emploi de ce moyen; mais ce n'a pas été toujours sans difficulté, à cause de l'opposition des malades, qui conservaient le souvenir de l'aggravation des douleurs, de tous les autres symptômes, ou de l'irruption immédiate d'accidents nouveaux, dont cette application avait été la cause.

Rien n'est plus aisé à expliquer que ces différences, et j'ai posé des règles propres à prévenir, je l'espère, les accidents qui suivent une application de sangsues intempestive, tout en conservant à la thérapeutique utérine un moyen d'une utilité si réelle.

Ainsi l'application des sangsues sur le col peut se faire pendant tout le cours de l'intermenstruation, sauf la dernière semaine, pourvu qu'elle fournisse un écoulement de sang suffisant. S'il n'en est pas ainsi, il faut la répéter, plutôt deux fois qu'une; car, à la suite d'un écoulement de sang insuffisant, on observe toujours une aggravation des symptômes et surtout de la douleur, et voici pourquoi : la succion opérée par les sangsues a appelé dans l'organe un nouvel afflux de sang, mais n'en a pas déterminé la déplétion : le

système vasculaire est plus gorgé qu'auparavant; de là, aggravation marquée de tous les symptômes, et en réalité de la maladie; le seul moyen d'y porter remède, c'est de faire une nouvelle application de sangsues, d'y revenir au besoin deux jours de suite, jusqu'à ce qu'une hémorrhagie abondante ait amené une déplétion complète des vaisseaux sanguins.

Dans la semaine qui précède la menstruation, l'application des sangsues sur le col peut être indiquée par l'absence ou l'insuffisance du mouvement fluxionnaire qui préside au retour de chaque époque. Elle exerce une action attractive capable de décider la fluxion à se produire ou à s'accroître sur l'utérus. Mais, comme cette indication se présente habituellement chez des jeunes filles et qu'on peut la remplir à peu près aussi efficacement par d'autres moyens, notamment par l'application de sangsues au bas du pli de l'aine ou à la face externe des grandes lèvres, on aurait tort d'avoir recours à une petite opération dont l'efficacité ne compense habituellement, dans ces cas, ni la difficulté matérielle d'exécution, ni la contrainte qu'il faut opposer à la répugnance naturelle des malades.

S'agit-il d'une autre maladie, d'une métrite, par exemple, ou d'une congestion utérine, pour lesquelles l'application des sangsues sur le col est parfaitement indiquée, soit chez les femmes, soit chez les jeunes filles? Il faut bien se garder de la faire dans les jours qui précèdent le retour de la menstruation, surtout s'il s'agit d'une congestion hémorrhagipare. Nous savons, en effet, que l'afflux de sang commence à se faire vers l'utérus quelques jours avant l'écoulement périodique; que l'organe, sous l'influence de ce mouvement fluxionnaire soutenu, se congestionne peu à peu; et que cette congestion devient une cause de maladie, si l'hémorrhagie naturelle, qui fait crise et qui est le troisième acte de cette scène morbide, n'arrive pas à temps ou n'est pas suffisante. Si donc l'organe souffre déjà d'une congestion simple, ou liée à un état inflammatoire, ou déterminant des hémorrhagies qui, loin de la juger, ne font que l'accroître par le nouvel appel de sang qu'elles déterminent, il est évident que l'application des sangsues ne fera qu'augmenter la congestion prémenstruelle, et par conséquent tous les accidents produits par la congestion pathologique ou par l'inflammation utérine. La congestion naturelle qui précède et prépare la menstruation est déjà par elle-même une circonstance fâcheuse, et l'on sait que, dans la plupart des maladies utérines, le retour de la menstruation marque le retour et l'aggravation des principaux accidents. Que sera-ce donc si cette congestion naturelle est encore

augmentée par l'appel sanguin extraordinaire que l'application des sangsues ajoutera à l'afflux sanguin habituel qui prépare la menstruation ? L'écoulement de sang serait-il même abondant, il n'empêcherait pas la congestion prémenstruelle d'être augmentée et tous les symptômes de s'aggraver ; car il viendrait trop tôt pour faire crise, il n'empêcherait pas la menstruation de se faire en son temps, c'est-à-dire le lendemain, le surlendemain ou quelques jours après l'application des sangsues, et par conséquent tous les symptômes habituels de se manifester, avec l'exaspération que ne peut manquer de produire sur un organe fluxionné une attraction nouvelle suivie d'une déplétion insuffisante ou inutile.

L'expérience confirme pleinement ces explications théoriques ; je puis dire que j'ai vu des accidents sérieux produits par une application de sangsues intempestive. Aussi, règle générale, l'application des sangsues sur le col utérin ne doit jamais se faire dans la semaine qui précède la menstruation.

Dans la semaine qui suit la menstruation, au contraire, les conditions sont tout autres. L'organe reste congestionné, surtout si l'hémorrhagie critique a été insuffisante; mais la fluxion qui a précédé l'hémorrhagie et présidé à la formation de la congestion naturelle, est éteinte depuis quelques jours. Toute déplétion sanguine sera donc un bénéfice pour l'utérus. La succion des sangsues ne réveillera ni l'appel du sang, ni le mouvement fluxionnaire qui vient de cesser et qui ne doit normalement se reproduire que dans un mois. On peut donc, sans crainte, appliquer des sangsues sur le col. Si l'écoulement de sang est insuffisant, il ne sera pas suivi pour cela d'accidents; l'organe sera même soulagé, quoique incomplétement. S'il est au contraire abondant et capable d'amener le dégorgement des vaisseaux du système utérin, l'amélioration sera aussi complète que rapide, et l'effet produit dépassera parfois toutes les prévisions. Il ne faudra pas craindre, pour obtenir cet effet-là, de revenir à une seconde application de sangsues, le lendemain d'une première application insuffisante, et de la faire suivre, comme je le dirai plus loin, d'une purgation qui en est souvent un complément nécessaire. La pratique dépasse ici, par le succès, les prévisions de la théorie.

Ainsi, règle générale, l'application des sangsues sur le col utérin doit être faite le lendemain, le surlendemain, ou tout au moins dans la semaine qui suit la menstruation.

Ce que je viens de dire, au point de vue de l'opportunité de l'application des sangsues, je pourrais le dire de plusieurs autres

moyens, des douches, des bains de siége froids, des irrigations, des purgatifs, du seigle ergoté, etc. Mais aucun exemple ne m'a paru lus démonstratif que celui des sangsues, et j'ai vu si souvent se produire la différence d'effets que je viens de décrire comme résultant de la différence des époques d'application, que je ne puis conserver un doute sur l'importance du moment auquel il convient d'employer ce moyen, ainsi que plusieurs autres.

Sur les applications thérapeutiques de la liqueur iodo-arsénicale mercurielle de Donavan,

Par le docteur M. Pedrelli, médecin de la section des maladies syphilitiques et cutanées à l'hôpital Sainte-Ursule de Bologne.

Dès l'année 1861 j'ai publié les premiers résultats cliniques obtenus par moi au moyen de la liqueur de Donavan, modifiée par le docteur Ferrari. Les quatre guérisons remarquables que j'obtins alors furent publiées dans le *Bulletin des sciences médicales de Bologne*, vol. XVI.

Dans le travail de Gamberini, intitulé : *Du prurit dans quelques dermatoses de nature vénérienne*, se trouvent les paroles suivantes : « Je me suis demandé si la réunion de ces trois puissants remèdes (iode, mercure, arsenic) qui composent la liqueur de Donavan avait été cause du succès; ce qu'il y a de certain, c'est que les expériences ont été nombreuses et les guérisons complètes et constantes. » A l'exemple de cet auteur, j'ai cru devoir publier une série de nouvelles guérisons obtenues dans les salles de l'hôpital Sainte-Ursule et dans ma pratique particulière. La formule de la liqueur Donavan-Ferrari, telle qu'elle est employée à l'hôpital, est la suivante :

Iodure d'arsenic........................	20 centigrammes.
Eau distillée............................	120 grammes.

Dissolvez dans un matras de verre à chaud ; ajoutez : biiodure de mercure, 40 centigrammes ; iodure de potassium, 3 ou 4 grammes. Filtrez et conservez dans un vase brun et bouché. La liqueur ainsi obtenue est limpide et a une légère teinte paille. 4 grammes de cette préparation contiennent environ 6 milligrammes d'iodure d'arsenic et 12 milligrammes de biiodure de mercure.

La dose à laquelle on administre cette liqueur varie de 4 à 100 gouttes et plus dans 90 grammes d'eau distillée à prendre en trois fois dans la journée ; on augmente chaque jour d'une à deux gouttes.

Il faut éviter, en même temps qu'on boit cette liqueur, l'usage des substances acides, ne pas la prendre à jeun et ne pas l'unir aux narcotiques, pour pouvoir apprécier sa tolérance.

Tous ceux qui ont assisté aux nombreuses cures obtenues par cette méthode peuvent déclarer que personne n'eut jamais à en souffrir; si quelque trouble gastrique s'est manifesté chez quelques malades, la diminution, la suspension du médicament, aidée de l'administration d'une faible dose de carbonate de magnésie, en ont promptement fait justice.

Voici un exemple de cas très-graves et protéiformes de syphilide et de dermopathie guéris très-promptement avec ce remède.

Une femme, atteinte plusieurs fois d'accidents syphilitiques, présentait un ulcère chronique du méat, qui fut le point de départ d'un tissu de nouvelle formation parvenu rapidement au volume d'un œuf de poule; en outre, elle portait une vaste ulcération phagédénique du voile du palais, qui lui avait enlevé la voix et gênait la déglutition; de plus, elle était dans un état très-prononcé de cachexie. Je commençai avec 4 gouttes par jour, augmentant jusqu'à 96, diminuant dès que l'amélioration fut survenue, et la guérison fut obtenue dans l'espace de trois mois, après que la malade eut ingéré près de 500 grammes de liquide.

Ma seconde observation a trait à un lupus ulcéreux qui s'étendait du front à la tempe droite et sur une vaste partie du cuir chevelu; après avoir été rebelle à toute espèce de médication, il guérit en deux mois de traitement. Deux autres faits importants de guérison ont été obtenus avec l'assistance de quelques-uns de mes collègues. J'ai aussi employé la liqueur de Donavan dans d'autres maladies chroniques où la syphilis était douteuse. Parmi celles-ci figurent diverses hypertrophies du corps et du col de l'utérus, des mamelles et quelques dermatoses chroniques rebelles; mais je n'ai pas été heureux dans tous ces cas.

En terminant j'exprime le vœu qu'on ne se serve, pour la préparation de la liqueur de Donavan, que de la formule de Ferrari; et, pour ne pas la confondre avec un certain nombre d'autres inexactes, exhibées par les formulaires et les journaux, je propose de la dénommer : *Solution iodo-arsenicale mercurielle de l'hôpital de Sainte-Ursule, à Bologne* [1].

---

[1] Extrait du *Giornale italiano delle Malattie veneree.*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la suture des os dans les fractures compliquées ou non réunies,

Par M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Au début de ma carrière médicale, en 1851, pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon, on nous apporta, un jour, un malheureux ouvrier qui, en tombant dans un escalier, s'était brisé la jambe d'une manière si fâcheuse, qu'il semblait que l'amputation fût la seule ressource pour sauver la vie du blessé. Après bien des tentatives de conservation, l'opération allait être faite, quand mon bien affectionné maître, le docteur Long, agrandissant les plaies existantes de manière à mettre les os à nu, lia les fragments du tibia avec des fils de plomb enroulés autour de l'os, comme on réparerait les bouts d'un bâton cassé, et, à notre grand étonnement, conduisit ainsi le malade à parfaite guérison, sans claudication ni raccourcissement.

Cette opération étrange me frappa d'autant plus, que j'en avais entendu parler dans mon enfance par des chirurgiens arabes, et que je l'avais jusqu'alors considérée comme une pure vue de la pensée d'un empirisme barbare. Je me mis en mesure de rechercher les appréciations que la science portait sur elle, mais c'est en vain que je feuilletai alors tous les ouvrages classiques que les étudiants ont à leur portée, je n'en trouvai pas la moindre indication. — Plus tard, quand j'arrivai à cette période où les jeunes chirurgiens s'entretiennent dans les salles de garde, à l'amphithéâtre, à l'issue des leçons de clinique, des cas curieux ou graves qu'ils ont eu l'occasion d'observer, je parlai de ma fameuse opération, et, je dois l'avouer, un sourire d'incrédulité générale accueillit mes assertions. — A cette époque où l'ignorance de la jeunesse nous fait croire que nous avons la science infuse, certains de mes camarades n'admettaient pas la possibilité du succès que j'affirmais, d'autres contestaient que l'opération fût praticable sur les animaux ou le cadavre ; bien plus, plusieurs de ceux même qui avaient vu de leurs yeux M. Long opérer cette ligature des os, n'osaient plus m'appuyer de leur témoignage, tant l'incrédulité intolérante arrête les faibles d'esprit ou de caractère.

Malgré cette incrédulité générale, et peut-être à cause d'elle, je voulus me faire une opinion bien arrêtée sur ce point extraordinaire

de la thérapeutique chirurgicale, j'entrepris quelques expériences sur les animaux, et je dois dire que, malgré mon inhabileté, elles réussirent avec une facilité dont je fus plus d'une fois frappé ; mais je ne pus alors donner beaucoup de suite à ces recherches. Je ne perdis cependant pas de vue l'opération de M. Long, et, pendant quinze ans, toutes les fois que j'ai eu entre les mains un ouvrage de chirurgie, je me suis enquis de ce qu'il pouvait contenir ayant trait à mon sujet. Peu à peu j'ai trouvé quelques rares indications que j'ai recueillies avec le plus grand soin, et je suis arrivé à réunir plusieurs observations incontestables de cette opération.

Quand j'ai demandé à la Faculté de Paris le diplôme de docteur en chirurgie, j'avais besoin de montrer que, quoique partisan de l'amputation immédiate, dans certaines fractures compliquées, j'étais en principe pour la conservation quand elle est possible, et j'ai rapporté dans ma thèse l'observation que j'avais recueillie, en 1851, dans le service de M. Long. Fidèle à la promesse que je faisais alors, j'ai préparé et présenté à l'Académie de médecine, le 8 novembre 1864, un long travail sur l'immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées.

En effet, en recherchant des indications bibliographiques de la ligature des os, j'avais trouvé souvent des observations de suture des fragments, d'enlacement des dents dans les fractures de la mâchoire, etc., etc., et je les avais recueillies d'abord par curiosité, puis parce que j'avais vu qu'elles devaient entrer comme complément de mon étude. Je suis arrivé ainsi, en étudiant ces faits, le mode d'action des griffes et des pointes de Malgaigne, etc., etc., à catégoriser ces diverses méthodes, à en faire une grande classe que j'ai proposé d'appeler l'immobilisation directe [1] des fragments osseux, par opposition aux autres moyens, que j'appelle indirects, d'après leur mode d'action.

Je prends aujourd'hui un point de cette question de thérapeutique chrurgicale, la suture des os, pour montrer sommairement les documents que possède la science à son sujet ; pour appeler sur cette opération, incontestablement utile, l'attention des travailleurs qui peuvent trouver en elle un moyen d'atteindre parfois une guérison qui se dérobe à leurs efforts par les autres agents de traitement.

---

[1] *Sur l'immobilité directe des fragments dans les fractures compliquées*, par le docteur Bérenger-Féraud. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine, 8 novembre 1864.)

Obs. I. M. Flaubert, de Rouen, a fait, en 1838, une suture osseuse qui a eu un certain retentissement dans la science, et dont on parle dans tous les ouvrages de chirurgie, la confondant le plus souvent soit avec le séton de Physic, de Sommé et de Séerig, soit avec la ligature de Sicre et Lapujade. Empruntons les détails de sa description à M. Laloy, un des bons élèves de M. Flaubert, qui en a parlé longuement dans sa thèse inaugurale (Thèses de Paris, 1839, p. 10).

Le 19 mai 1838, une jeune fille de vingt et un ans, lymphatique, mais de bonne santé, fut admise à l'Hôtel-Dieu de Rouen, portant une pseudarthrose de la partie moyenne de l'humérus gauche, résultat d'une fracture avec plaie faite treize mois auparavant.

L'application méthodique de l'appareil de Scultet, du bandage amidonné, du frottement des fragments n'ayant fait obtenir aucune consolidation, M. Flaubert fit une incision de 4 à 5 pouces oblique de haut en bas, de dehors en dedans et parallèlement au nerf radial, mit à nu le foyer de la pseudarthrose, isola les fragments osseux, les reséqua, puis, à l'aide d'un foret mû par un archet, il fit un trou dans chacun d'eux pénétrant dans le canal médullaire de l'os, et les fixa l'un à l'autre par une ligature composée de quatre fils cirés.

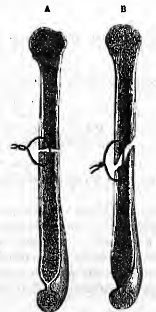


Fig. 1.

Pendant l'opération il y eut un peu d'hémorrhagie, qui s'arrêta d'elle-même. Les jours suivants il n'y eut que des phénomènes modérés de réaction, mais le résultat ne fut pas complet, car trois mois après sa sortie de l'hôpital, la jeune fille avait besoin d'un bracelet de cuir bouilli pour se servir de son bras, ce qui nous prouve que la consolitation complète n'avait pas été obtenue.

Sans doute, comme le fait très-bien ressortir M. Laloy, il faut rattacher une grande partie de cet insuccès à la constitution lymphatique de la malade; mais l'opération elle-même n'était pas parfaite, et M. Flaubert le sentit si bien que, plus tard, il reséqua, dans cette opération, les fragments osseux dans une direction oblique, afin de leur faire présenter une plus grande surface d'affrontement.

Les deux figures schématiques ci-dessus montrent d'un coup d'œil mieux qu'une longue explication ce qu'on doit entendre par suture des os.

La figure A donne une idée de la première opération de Flaubert.

On comprend par la figure B que la coaptation est plus facile et surtout beaucoup plus solide lorsque le trait de cassure ou de résection de l'os est oblique, de manière à présenter une plus large surface d'affrontement des fragments.

L'opération A est pour ainsi une opération de nécessité réservée aux cas où la deuxième manière ne peut être employée.

Ce n'est pas seulement dans un cas de pseudarthrose que M. Flaubert a eu recours à sa suture, il l'a employée avec succès dans une fracture récente, et en voici le détail :

Obs. II. Le 1er août 1838, un journalier, du nom de Dequesner, âgé de cinquante-cinq ans, eut le bras droit fracturé, avec plaie et issue des fragments, par une roue de charrette; il était d'ailleurs dans un état de santé si délabré par suite d'un vieux catarrhe pulmonaire, que M. Flaubert n'osa pas pratiquer l'amputation immédiate, qui semblait péremptoirement indiquée; il tenta la conservation et réunit les fragments, très-obliques, par un point de suture métallique. Les phénomènes réactionnels furent modérés, l'obliquité des fragments était une excellente condition pour la solidité de la coaptation ; aussi, quoiqu'une partie du fragment inférieur s'exfoliât vers le 15 septembre, le malade guérit parfaitement dans un temps relativement assez court.

Obs. III. M. Velpeau a pratiqué, en 1850, la suture des fragments pour une pseudarthrose de l'humérus (*Gaz. Hop.*, 18 mai 1850, p. 233, et 15 juin 1850, p. 281); en voici le détail : « Le malade qui se trouve au numéro 17 de la salle des hommes de M. Velpeau semble rentrer dans la catégorie de ceux chez lesquels il est assez difficile de découvrir la cause probable de la non-consolidation. Cet homme est, en apparence au moins, d'une très-bonne constitution, et n'a eu aucune maladie qui ait pu l'altérer. Entré à l'hôpital de la Charité dans le courant de février, M. Velpeau obtint sur sa maladie les renseignements suivants :

« La fracture de l'humérus, siégeant à 7 centimètres environ de l'articulation du coude, eut lieu le 15 mai 1847, dans une chute que fit le malade d'une voiture rapidement traînée par un cheval fougueux.

« Un appareil ordinaire fut d'abord appliqué sur le membre, mais quelques accidents s'étant promptement manifestés, l'appareil fut levé pendant environ cinq semaines et le bras recouvert seulement de cataplasmes. Durant ce temps, aucun fragment osseux ne paraît d'ailleurs s'être fait jour à l'extérieur, et il reste probable que le malade n'a présenté que des phénomènes inflammatoires. Ces accidents une fois calmés, l'appareil fut remis en place, mais lorsqu'on le leva, un mois plus tard, la fracture n'était nullement consolidée, et c'est en vain qu'on soumit, pendant cinq mois encore, le membre malade à l'usage d'autres appareils.

« Dix-huit mois après l'accident, la résection des fragments obliquement fracturés fut pratiquée par M. Vallin, de Nantes. Ce pra-

ticien put s'assurer, après l'opération, que les deux fragments étaient parfaitement maintenus en contact; néanmoins, malgré la plus grande docilité de la part du malade, l'application d'un appareil on ne peut mieux approprié pendant soixante et dix jours, suivie d'un bandage roulé et dextriné pendant vingt jours, ne put amener la consolidation de la fracture.

« M. Velpeau, après avoir constaté un raccourcissement de 2 centimètres environ et tous les caractères d'une fausse articulation siégeant un peu au-dessous du tiers inférieur du bras, après avoir remarqué que le membre n'était pas sensiblement atrophié, procède à l'opération de la manière suivante, le 4 mars 1850 :

« Incision cutanée semi-lunaire, de 8 à 9 centimètres, à convexité postérieure sur la face interne; la partie moyenne de cette incision répond à la fausse articulation; — incision des parties charnues au devant de l'aponévrose intermusculaire externe jusqu'à l'os, isolement des fragments et des parties molles environnantes, excision alternative, à l'aide d'une scie à arbre, des deux fragments qu'on fait saillir tour à tour, et que l'étendue de l'incision dispense de protéger avec une lame de carton ou autrement.

« M. Velpeau ne s'est point contenté de faire l'excision des fragments, il a voulu en assurer la coaptation intime, et c'est sur cette partie de l'opération que nous désirons surtout attirer l'attention de nos lecteurs. A mesure que chaque fragment a été reséqué, M. Velpeau l'a perforé de part en part, et a passé dans la perforation un fil métallique d'abord de la partie externe vers la partie interne, puis en sens opposé, de sorte que l'anse formée par le fil était située au fond de la plaie, et les extrémités étaient libres hors de l'incision; ces extrémités ont été tordues l'une sur l'autre, et deux surfaces avivées ont été de cette façon mises dans un contact intime. Un appareil solide a été ensuite appliqué autour du bras.

« Cette opération, qui, à en juger par les cris du malade, paraît avoir été assez douloureuse, n'a d'ailleurs présenté aucun accident ni aucune difficulté sérieuse.

« Une suppuration de bonne nature s'établit les jours suivants; puis un petit abcès se forme et s'ouvre spontanément au-dessus du coude, mais les phénomènes de réaction sont très-modérés.

« Après avoir essayé inutilement, le 12 et le 13 avril, de faire traverser les deux fragments de l'os à l'aide du fil métallique, en tirant avec une certaine énergie sur les deux chefs de ce fil, M. Velpeau l'enlève le 25 avril, en tirant sur l'une des extrémités seulement.

« Aujourd'hui, 17 mai, la plaie n'est pas encore complétement cicatrisée, et le chirurgien n'a pas voulu lever l'appareil avant que cette cicatrisation ne soit achevée. Il est donc impossible de dire quel sera le résultat de cette opération, dans laquelle on aura évidemment tout mis en usage pour assurer le succès.

« Nous n'insisterons pas beaucoup aujourd'hui sur la suture employée dans ce cas par M. Velpeau, nous proposant d'y revenir lorsque le résultat définitif de l'opération sera acquis; mais nous avons cru devoir attirer l'attention de nos lecteurs sur une opération qui est en quelque sorte le complément naturel et presque indis-

pensable de la résection, quoique ce complément, employé déjà par quelques auteurs, ne se trouve cependant point mentionné dans les ouvrages les plus récents et les plus estimés, par exemple, dans les traités de MM. Vidal et Nélaton, et dans le *Compendium de chirurgie*, de MM. Denonvilliers et Gosselin.

« Dans notre Revue clinique du 18 mai dernier, nous avons rendu compte d'un cas fort intéressant de suture des os pratiquée par M. Velpeau, pour remédier à une fausse articulation résultant d'une fracture non consolidée. On se rappelle toutes les précautions que le savant chirurgien avait mises en usage dans ce cas pour assurer le succès de l'opération, en quelque sorte nouvelle et si rationnelle, qu'il venait de tenter. Mais, malgré la sagesse de ces dispositions, nous nous étions abstenu de nous prononcer sur le résultat définitif de l'opération, édifié que nous étions sur les difficultés de vaincre cette espèce de force occulte et antiphysiologique qui s'oppose, chez certains individus, à la consolidation des os déviés, et qui est d'autant plus étonnante qu'elle ne coïncide nullement, ainsi que l'ont prétendu tous les auteurs, avec un tempérament débile plutôt qu'avec une constitution violente, et qu'elle n'étend point son influence aux parties molles, lesquelles, au contraire, chez les sujets affectés de pseudarthrose, se réunissent aussi facilement que chez tous les individus en général.

« C'est là une remarque des plus curieuses et qui paraît avoir échappé aux chirurgiens.

« L'événement n'a pas tardé à justifier l'opportunité de notre réserve. M. Velpeau, qui, par une prudence presque exagérée, n'avait pas voulu lever l'appareil avant la cicatrisation complète des parties molles, l'a enfin levé et, à son grand regret, il a constaté que la réunion des fragments ne s'était pas opérée. Le séjour à l'hôpital et l'opération subie n'ont d'ailleurs altéré en rien la santé générale du malade, et il est sorti, sur sa demande, il y a cinq jours, dans l'état où il était entré. M. Velpeau lui avait seulement appliqué un bandage dextriné pour maintenir solidement les fragments dans leur position naturelle. »

Obs. IV, V, VI. Dieffenbach imaginait, vers la même époque, une variante de cette suture des os. On en trouve la description dans le *Caspers' Wochenschrift* de novembre 1848, dans les *Archives générales de médecine* de la même année et dans la plupart des journaux de médecine de cette époque. Après avoir mis l'os à nu par une incision, le chirurgien allemand en rapprocha très-exactement les fragments, et, à l'aide d'une vrille de la grosseur d'une plume de corbeau, il fit avec précaution un trou dans lequel il introduisit une cheville d'ivoire préalablement huilée, faisant l'office d'un véritable rivet. Dieffenbach a posé le précepte de faire un ou plusieurs trous, suivant la forme des fragments, de les faire assez près du trait de cassure, pour y déterminer une certaine inflammation, et assez loin cependant pour n'avoir pas à craindre l'éclatement de l'os. Au dire de M. Bleu (*Thèses de Paris*, n° 194, 1848, p. 45), il a pratiqué trois fois, toujours avec succès, l'opération dont je viens de parler. La première fois, il s'agissait d'un

homme portant une pseudarthrose de la jambe droite. On ne fit qu'une perforation.

La seconde observation a pour sujet une femme de trente-trois ans, portant une pseudarthrose datant de quinze mois, qui fut guérie en trois mois.

Le troisième fait est celui d'une pseudarthrose de l'humérus, datant d'un an et guérie complétement en douze semaines.

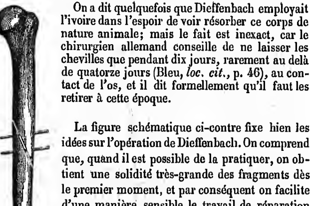


Fig. 2.

On a dit quelquefois que Dieffenbach employait l'ivoire dans l'espoir de voir résorber ce corps de nature animale; mais le fait est inexact, car le chirurgien allemand conseille de ne laisser les chevilles que pendant dix jours, rarement au delà de quatorze jours (Bleu, *loc. cit.*, p. 46), au contact de l'os, et il dit formellement qu'il faut les retirer à cette époque.

La figure schématique ci-contre fixe bien les idées sur l'opération de Dieffenbach. On comprend que, quand il est possible de la pratiquer, on obtient une solidité très-grande des fragments dès le premier moment, et par conséquent on facilite d'une manière sensible le travail de réparation entre les deux tranches osseuses si intimement unies, en même temps qu'on n'a plus à craindre le contact du pus sur les orifices veineux béants des traits de la cassure. Quand elle est praticable, l'opération de Dieffenbach mérite peut-être la préférence sur les sutures de Flaubert.

Obs. VII. Le 9 mars 1855, M. Laugier a, de son côté, pratiqué à l'Hôtel-Dieu une suture des os (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1855, t. XL, p. 958) pour une pseudarthrose dont il venait de reséquer les fragments. Voici ce que dit ce professeur :

« Le malade que j'ai opéré est un homme de quarante et un ans, bien constitué. La fracture de son humérus droit avait lieu à la partie moyenne de l'os, au-dessous de l'insertion deltoïdienne... L'extrémité du fragment supérieur, de forme conique, attirée à travers une incision des parties molles pratiquée au côté externe du bras, fut taillée en biseau aux dépens de son côté interne. L'extrémité de son fragment inférieur était restée cylindrique. Son volume était un peu plus grand que celui de la diaphyse de l'os au point correspondant à la fracture à l'état normal. Elle fut à son tour amenée au dehors, à travers la plaie; mais, au lieu de la séparer des parties molles sur toute la circonférence de l'os, je traçai avec le bistouri, sur le côté externe de son sommet, une zone dont la base était à peu près égale à la tranche de l'autre fragment, et de forme elliptique comme elle. Après l'action de la scie, le canal médullaire des deux

fragments était largement ouvert; une perforation pratiquée à chaque fragment permit de le traverser par une ligature composée de plusieurs fils cirés, dont les deux chefs furent ensuite noués sur l'os par un double nœud. Après l'adaptation aussi exacte que possible des tranches des fragments, les deux chefs de la ligature furent laissés dans la plaie, entre les bords, et cette plaie fut rapprochée doucement.

« A dater de l'opération, les fragments restèrent au contact, la ligature tomba d'elle-même au bout de trois semaines, et l'anse de fil sortit entière; donc, elle avait usé et coupé les bouts de l'os qu'elle traversait. Cependant aucune parcelle d'os nécrosé ne s'est présentée à la plaie. — La suppuration a toujours été peu abondante, et il n'y a eu aucun accident général. — Dès les premiers jours qui ont suivi l'opération, le malade a pu manger les trois quarts de la portion d'aliments que l'on accorde aux sortants. Depuis quinze jours le bras est placé dans un appareil inamovible en gutta-percha, dont une valve amovible permet d'examiner la fracture sans imprimer de mouvements aux fragments. Le bras conserve sa rectitude parfaite; on constate encore un peu de mobilité au siége de la fracture, mais le travail de consolidation, au quarante-deuxième jour depuis l'opération, paraît en très-bonne voie : il est probable que d'ici à un mois il sera achevé. »

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur le chloro-carbone,

Par M. ADRIAN, pharmacien.

Sous le nom de *chloro-carbone*, M. le docteur Simpson vient de doter la matière médicale d'un nouvel agent anesthésique qu'il propose comme succédané du chloroforme. Composé essentiellement de chlore et de carbone, ainsi que son nom l'indique, ce liquide est connu depuis longtemps en France sous la dénomination de bichlorure de carbone. Il appartient à cette nombreuse et intéressante série des composés chlorés du méthyle, dont M. Regnault, de l'Institut, a enrichi la chimie.

Depuis sa découverte, qui remonte à 1839, le bichlorure de carbone n'avait reçu, à notre connaissance, aucune application ni thérapeutique, ni industrielle. Il serait probablement encore resté longtemps dans l'oubli, si l'illustre professeur d'Edimbourg n'était arrivé, par de nombreuses expériences, à constater ses propriétés anesthésiques et les avantages qu'il présente sur le chloroforme.

Jusqu'ici les publications faites en Angleterre sur le chloro-car-

bone sont toutes relatives à ses propriétés thérapeutiques. Il nous paraît non moins utile de faire connaître aussi les propriétés physiques de ce produit, son mode de préparation, sa purification, ainsi que les différentes formes pharmaceutiques sous lesquelles il est possible de l'utiliser.

On peut obtenir le chloro-carbone par différents procédés : celui qui a été suivi par M. Regnault est d'une exécution longue et difficile, il ne réussit bien qu'autant que l'opération est faite sous l'influence des rayons solaires. Il consiste à faire arriver un courant prolongé de chlore dans le chloroforme ou dans l'éther chlorhydrique de l'esprit-de-bois. A l'aide d'une faible élévation de température, la réaction commence, on obtient une première liqueur que l'on distille à plusieurs reprises dans un courant de chlore, jusqu'à ce qu'il ne se produise plus d'acide chlorhydrique. Le liquide obtenu, après avoir été agité avec du mercure, est soumis à une nouvelle rectification.

Lorsqu'on veut opérer plus en grand, on a recours au procédé de MM. Wœhler et Kolbe, qui est fondé sur la propriété que possède le chlore de décomposer le sulfure de carbone à une température élevée. Dans ce cas, le chloro-carbone s'obtient en faisant passer le chlore saturé de vapeurs de sulfure de carbone à travers des fragments de porcelaine chauffés au rouge. Ce mode de préparation présente sur le précédent un avantage réel, mais à la condition que le chlore soit toujours en excès sur les vapeurs de sulfure de carbone qui s'ajouteraient aux produits de la réaction. La liqueur qui distille est recueillie dans un appareil entouré de glace ; c'est un mélange de chlorure de soufre et de bichlorure de carbone ; on l'agite avec une dissolution concentrée de potasse qui décompose le chlorure de soufre sans faire éprouver la moindre altération au chloro-carbone. Ce dernier, mis en contact avec de la chaux caustique pour le déshydrater, est soumis à plusieurs rectifications jusqu'à ce que son point d'ébullition soit constant.

Dans son état de pureté, le chloro-carbone est un liquide incolore, très-fluide, d'une odeur éthérée et agréable, sa saveur est piquante ; sa densité est de 1,6, son point d'ébullition s'élève à 78 degrés. Il n'est pas inflammable ; à peine soluble dans l'eau et la glycérine, il est, au contraire, très-soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles et les autres corps gras.

De ces essais, il résulte que le chloro-carbone présente non-seulement une très-grande analogie de composition avec le chloroforme, dont il ne diffère que par 1 équivalent de chlore (chloro-

forme C^2HCl^3, chloro-carbone C^2Cl^4), mais qu'il peut aussi se prêter à toutes les formes pharmaceutiques sous lesquelles il est employé en médecine.

Les formules qui nous paraissent les plus rationnelles sont celles qui ont été établies par M. Am. Vée pour le chloroforme. A l'intérieur, on peut le prescrire en potion ou en sirop.

Chloro-carbone	Q. V.
Huile d'amandes douces	15 grammes.
Gomme arabique	10 grammes.
Eau distillée simple	100 grammes.
Sirop simple	25 grammes.

A l'extérieur, il peut être appliqué en compresses ou en vapeur, mélangé à l'huile d'amandes douces, au baume tranquille, etc. On en obtient une pommade très-homogène avec les proportions suivantes :

Axonge	20 grammes.
Cire blanche	4 grammes.
Chloro-carbone	6, 8 à 10 grammes.

En lavement, la préparation suivante nous paraît la meilleure :

Chloro-carbone	Q. V.
Huile d'amandes douces	30 grammes.
Jaune d'œuf	nº 1.
Eau	250 grammes.

D'après les essais que nous avons pu faire sur nous-même, le chloro-carbone nous paraît pouvoir être employé aux mêmes doses que le chloroforme ; son action n'est pas suivie de cette chaleur vive, irritante qu'on reproche à ce dernier.

La rhigolène, nouvel anesthésique local,

Par M. Bigelow.

Dès qu'on apprit en Amérique les succès du docteur Richardson, obtenant par la vaporisation de l'éther, réduit à une température de 6 degrés Fahrenheit au-dessous de zéro, une anesthésie locale assez intense pour permettre de pratiquer sans douleur les plus graves opérations chirurgicales, le professeur Bigelow, de Boston, s'occupa activement de chercher un agent supérieur à cet effet. Il croit l'avoir trouvé dans un des nombreux produits multiples de la distillation du pétrole déjà employés dans ce but. Telles sont la bansolène, la kérosène, la kérosolène, la gazolène, dont le degré de

volatilité fait toute la différence. Par une communication du 9 avril à la *Medical Society*, il en fait connaître un nouveau, la rhigolène, ainsi nommée de l'étymologie ῥῖγος, extrême froid, avec la terminaison euphonique de ses congénères. Celui-ci bout à 70 degrés Fahrenheit ou 38 degrés centigrades, c'est-à-dire qu'il est le plus volatil des produits hydrocarbonés obtenus jusqu'ici. Il est aussi le plus léger des liquides connus. Sa gravité spécifique n'est que de 0,625, tandis que celle de la kérosolène, employée récemment à cet effet par le professeur Simpson, est de 0,633 et ne bout qu'à 90 degrés Fahrenheit ou 58 degrés centigrades. Son extrême volatilité donne lieu à un refroidissement subit et des plus intenses, capable de congeler la peau en cinq à dix secondes. Si ce n'était la glace qui entoure aussitôt la boule du thermomètre, une plus basse température pourrait sans doute être produite avec le pulvérisateur ordinaire sans que les tubes concentriques de l'appareil du docteur Richardson soient nécessaires à cet effet.

M. Bigelow emploie simplement un flacon à travers le bouchon duquel on passe un tube de métal auquel est adapté, à angle droit et à quelque distance du col, le tube à air sans que l'air soit admis dans la bouteille, comme dans le *Sprays producer*. La rhigolène s'évapore par la seule chaleur de la main tenant le flacon; elle suffit à le vider promptement et l'on obtient facilement ainsi jusqu'à 15 degrés Fahrenheit au-dessous de zéro. Telle est sa volatilité, que les flacons doivent être soigneusement bouchés pour en prévenir l'évaporation et lui conserver toutes ses propriétés. Il en conclut que l'usage en est aussi bien supérieur à l'éther, qui ne bout qu'à 96 degrés Fahrenheit, par sa plus grande rapidité d'action, son bas prix et son défaut d'odeur. Mais jusqu'ici aucune expérience n'est relatée à l'appui, et l'extrême inflammabilité de ce liquide sera toujours un obstacle à son emploi, à sa vulgarisation. En tout cas, des essais comparatifs sont indispensables pour en montrer la supériorité. Nous les attendrons pour les juger définitivement. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, avril, et *Union médicale*.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Une cure par le sang de volaille.

Observation par le docteur J. Mascarel, médecin aux eaux du Mont-Dore.

Une femme âgée de trente-sept ans, mariée depuis dix-huit mois, d'un tempérament très-lymphatique, mal réglée habituellement et

en proie toute sa vie aux pâles couleurs, devient enceinte six mois après son mariage. La grossesse se développe sans accidents sérieux, si ce n'est qu'au sixième mois un commencement d'anasarque se développe d'abord dans les membres inférieurs et envahit bientôt l'abdomen, la face et les membres supérieurs.

Le 12 octobre dernier, terme de la grossesse, l'accouchement se prépare, l'enfant se présente par le vertex en première position, mais après quarante-quatre heures d'effort et d'attente, la tête reste engagée dans l'excavation pelvienne et la matrice tombe dans l'inertie; nous appliquons le forceps, nous réveillons les contractions, et, en quelques douleurs, un enfant vivant, volumineux et bien constitué, est amené au dehors sans aucune espèce d'accidents et sans perte de sang. L'enfant est confié à une nourrice et se porte très-bien; les suites de couches sont naturelles, la fièvre de lait presque nulle et l'écoulement lochial est caractérisé par une extrême abondance de sérosité qui met bientôt fin à l'anasarque. A aucune époque de la grossesse, pas plus qu'après l'accouchement, l'urine n'a été albumineuse; elle est restée semblable à du petit-lait clarifié et abondante.

Douze à quinze jours après l'accouchement, la malade a des alternatives de faim et de soif, elle prend beaucoup d'aliments, entre autres un litre de consommé par vingt-quatre heures et autant de vin vieux de Bordeaux, mais sans jamais reprendre ses forces; tous les six, huit à dix jours, elle est prise soit de diarrhée et de coliques, soit et plus rarement de vomissement; il n'y a pas de fièvre à proprement parler, mais le pouls est petit et accéléré, sans céphalalgie, si ce n'est des névralgies faciales et périorbitaires; l'utérus est revenu sur lui-même et insensible à la pression ainsi que les autres organes du bassin.

Pendant les jours de diarrhée, nous donnons la décoction blanche de Sydenham, le bismuth en potion ou en pilules avec ou sans opium, les lavements calmants, l'eau de riz, de gruau ou de pain, les bons consommés et le vin vieux généreux; la diarrhée s'arrête: la malade mange des œufs frais, des viandes rôties et grillées, des jus de viande, des compotes; les macérations à chaud et à froid de quinquina, de camomille, de calamus aromaticus, les préparations de fer sous toutes les formes, insolubles ou solubles, à petites doses, progressivement croissantes, les diverses espèces de vin de quinquina, tout est employé sans pouvoir reconstituer la malade; des semaines, des mois s'écoulent; la malade mange beaucoup, mais la digestion duodénale et intestinale paraît ne pas se faire, il y a tou-

jours tendance aux coliques et à la diarrhée ; la pepsine est impuissante.

Six semaines après les couches, les règles reparaissent une heure seulement, mais semblables à de la lavure de viande, pâles et très-décolorées. Tous les symptômes de la chloro-anémie se développent, l'anasarque se reproduit et envahit les pieds, les mains et la face ; des névralgies frontale, faciale et brachiale troublent le sommeil, les bruits de souffle se manifestent dans les carotides et au cœur. Le houblon, le sirop antiscorbutique, l'huile de foie de morue, le jus de cresson, les gelées végétale et animale, la viande crue et pilée, l'hydrothérapie de chambre, les frictions avec l'alcool pur, les lavements avec le bouillon, avec le vin rouge, etc., etc., tout est pris par la malade, qui, loin de se refaire, s'affaiblit de plus en plus. La peau devient terreuse, complétement décolorée et couleur de cire vierge ; de la sérosité s'épanche dans les plèvres, occasionne l'orthopnée, puis un commencement de mouvements convulsifs suivis de troubles dans l'intelligence avec accélération (130) du pouls et petitesse annonce une fin prochaine.

Nous étions ainsi progressivement arrivés à sept mois et demi après la couche sans aucun amendement. Le docteur Meynard fut appelé pendant la dernière quinzaine à voir la malade avec moi ; à la cinquième consultation, nous nous retirâmes, pensant bien et annonçant aux parents que la malade n'avait plus que quelques jours à vivre ; la tâche de la suivre jusqu'au moment fatal me fut réservée. Nous allions nous séparer, lorsque je proposai à notre collègue et aux parents de tenter l'usage du sang de volaille, la malade étant hors d'état d'être conduite à l'abattoir pour faire usage du sang de bœuf, ainsi que le pratique avec succès le docteur Montargis, qui m'avait beaucoup vanté ce dernier moyen. Après bien des tentatives, la malade, qui répétait sans cesse qu'elle devenait folle, qu'elle se sentait mourir, s'écria : « *Eh bien! j'en boirai, du sang ; je ne veux pas qu'on dise que j'ai refusé quelque chose.* »

Aussitôt une cuisinière coupe la tête à une poule, le sang est recueilli rapidement dans une tasse chauffée au bain-marie et présentée à la moribonde qui avale convulsivement le contenu. Je fais boire immédiatement après une cuillerée de rhum additionné d'un peu d'eau sucrée. La malade était sauvée. En effet, l'opération est continuée les jours suivants une et deux fois par jour ; non-seulement toute répugnance est vaincue, mais la malade boit avec délices ; l'on opère tantôt avec le sang de poulet, tantôt avec celui de

canard, de dindon ou de chevreau : ce dernier seul est vomi, on y renonce.

Dès le troisième jour, la malade cessait de mourir, un mieux notable se manifestait; au huitième jour, je trouvai, à ma grande surprise, la malade assise sur son séant et mangeant de bon appétit un morceau de pain et de fromage frais de chèvre; les urines devenaient abondantes et entraînaient la sérosité épanchée dans toute l'économie, les fonctions digestives étaient rétablies, une faim canine se développait, et à la fin de la troisième semaine, non-seulement il n'y avait plus trace d'anasarque, mais, chose plus remarquable encore, à cette pâleur de figure de cire avait succédé un épanouissement des traits, une coloration franchement rosée de la peau en général et des joues en particulier, fraîcheur des traits complétement inconnue à la malade depuis sa plus tendre enfance. Aujourd'hui cette jeune femme est complétement rétablie et jouit de la vie commune; la menstruation est revenue. Il a fallu moins d'un mois pour obtenir ce résultat.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai de pneumatologie médicale, recherches physiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les gaz, par J.-N. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé et du Conseil d'Etat, membre de la Société impériale de chirurgie, correspondant des Académies de Belgique, Turin, Munich, etc., officier de la Légion d'honneur, chevalier des ordres d'Isabelle-la-Catholique et de la Conception de Portugal, etc., avec figures intercalées dans le texte.

Il y a deux ordres bien distincts d'études dans le nouveau livre que vient de publier M. Demarquay : dans le premier ordre, il s'agit des pneumatoses proprement dites et de l'emphysème; dans le second, les recherches du savant et laborieux chirurgien de la Maison municipale de santé portent sur l'application des gaz à la thérapeutique de maladies et d'affections diverses. Ce ne serait pas assurément sans profit pour les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* que nous suivrions M. Demarquay dans ce que nous appellerons, pour notre commodité particulière, la première partie de son travail. Il nous serait facile, en effet, de recueillir là partout un certain nombre d'observations ou de remarques personnelles, qui tendent à confirmer une foule de notions encore flottantes dans un bon nombre d'esprits, ou à corriger quelques conclusions hâtives qui n'ont pas su faire un assez long crédit au temps. Mais comme

force nous est de nous borner, nous ne ferons qu'appeler l'attention du lecteur sur cette première partie du livre de notre savant confrère, où se révèle à chaque pas l'habile clinicien, et concentrerons notre analyse sur les questions nombreuses agitées par M. Demarquay dans la pneumothérapie, néologisme qu'on nous pardonnera, j'espère, et parce qu'il exprime correctement la pensée générale de l'éminent chirurgien de la Maison de santé, et parce qu'il l'exprime d'un mot.

Dès que des expériences positives eurent établi que l'air est un fluide essentiellement composé de divers éléments gazeux, on comprit de suite qu'en variant les proportions de ces éléments, et en faisant respirer à l'homme sain ou malade ces atmosphères artificielles, on arriverait à des résultats physiologiques ou thérapeutiques que tôt ou tard la science ferait inévitablement tourner à son profit. Priestley, un des premiers, se plut à rêver les conséquences de ces nouvelles et intéressantes expériences; mais, esprit ferme autant que judicieux, il sut s'arrêter sur la pente d'un enthousiasme légitime, et éviter l'écueil où se heurtèrent une foule d'esprits trop ardents. « Mon lecteur, a dit quelque part le physicien anglais, ne sera pas étonné qu'après avoir déterminé la bonté supérieure de l'air déphlogistiqué par la vie des souris et par les autres épreuves que j'ai rapportées ci-dessus, j'aie eu la curiosité de le goûter moi-même. J'ai satisfait ma curiosité en le respirant avec un siphon de verre; et par ce moyen, j'en ai réduit une grande jarre pleine à l'état d'air commun. La sensation qu'éprouvèrent mes poumons ne fut pas différente de celle que cause l'air commun, mais il me sembla ensuite que ma poitrine se trouvait singulièrement dégagée et à l'aise pendant quelque temps. Qui peut assurer que par la suite cet air pur ne deviendra pas un objet de luxe très à la mode? Il n'y a jusqu'ici que deux souris et moi qui ayons eu le privilége de le respirer. » Il est remarquable que cet homme de génie savait peu de chimie, lorsqu'il aborda les questions sur lesquelles il a jeté de si vives lumières, et qu'il attribue lui-même à son ignorance sur ce point l'origine de ses découvertes [1]. Quoi qu'il en soit à cet égard, et bien que, dans l'état de la science au moins, il soit beaucoup plus sûr de savoir que d'ignorer pour aller en avant, Priestley, par les expériences que nous venons de rapporter, a ouvert la voie à une foule d'expériences originales qui, il faut bien le dire, promettent encore, à l'heure qu'il est, plus qu'elles n'ont tenu. C'est

[1] *Encyclop. de Treut. et Wurtz*, t. XX, p. 160.

à la fois parce qu'il partage les aspirations de nobles esprits vers un but utile dans l'application de l'atmiatrie au traitement des affections morbides, et parce que l'histoire, attentivement interrogée, lui a enseigné qu'on n'a encore tiré de ces études incomplètes que des résultats douteux, que M. Demarquay s'est imposé la tâche ardue de marcher à son tour dans cette direction, et d'y poursuivre le même ordre de recherches, en variant, autant qu'il l'a pu, les applications qu'elles commandent.

Jusqu'ici les agents gazeux, dont il a étudié le mode d'action sur l'organisme, soit à l'état physiologique, soit surtout à l'état pathologique, sont l'acide carbonique, l'oxygène, l'azote, le protoxyde d'azote et l'hydrogène. Comme il n'a fait en quelque sorte qu'effleurer l'étude de ces derniers, c'est exclusivement sur les résultats auxquels notre honoré confrère est arrivé dans ses nombreuses et très-intéressantes expériences sur l'acide carbonique et l'oxygène, que nous appellerons l'attention du lecteur.

Le chirurgien de la Maison municipale de santé s'est livré à de nombreuses expériences sur l'action de l'acide carbonique mêlé, en diverses proportions, à l'air ou à l'oxygène pur; la plupart de ces expériences confirment les résultats auxquels plusieurs auteurs sont parvenus en suivant la même voie : un enseignement moins généralement accepté, mais qui ressort, avec la dernière évidence, des expérimentations de M. Demarquay relativement à la respiration de l'acide carbonique, mêlé par 1/5, 4/5, etc., à l'air atmosphérique ou à l'oxygène, c'est que ce gaz est simplement irrespirable : s'il ne l'est pas à la manière de l'azote et de l'hydrogène, il n'est pas plus nuisible que ces deux gaz. Aussi, quand on met sur le compte de l'acide carbonique les accidents produits par la vapeur de charbon, l'air confiné, les vapeurs de cuves en fermentation, on se trompe très-probablement, et il n'est, dans ces cas, tout au plus que le complice d'autres agents dont l'action funeste est infiniment moins problématique.

Ce n'est qu'après avoir ainsi jeté un coup d'œil rapide sur l'action de l'acide carbonique sur l'organisme à l'état physiologique, que M. Demarquay passe à une étude qui nous intéresse davantage, c'est à savoir à une sorte de diète respiratoire carbonique dans un certain nombre de maladies. Parmi ces études assez nombreuses, il en est une qui nous a surtout frappé par les résultats heureux qu'elle semble promettre, le jour où cette diète pourra être rigoureusement établie, dans les cas qui paraissent l'appeler : nous voulons parler ici de la phthisie pulmonaire. Quand on suit attentivement,

et sans préoccupation systématique, les nombreuses expériences qui ont été tentées, à diverses époques, et par des hommes judicieux, sur l'influence de cette diète respiratoire, bien que fort incomplétement appliquée, dans le traitement de la tuberculose, on ne peut se défendre d'un certain étonnement en face des résultats qu'on a sous les yeux. Certainement il y a là partout une foule d'exagérations, et il est malaisé de se diriger sûrement au milieu de tout ce fatras d'erreurs évidentes; mais il est difficile d'admettre que tout soit à rejeter dans cette longue série d'expérimentations, où l'efficacité de la méthode semble se montrer d'une manière évidente. Quand, comme l'a si nettement démontré M. le professeur Fonssagrives, et comme nous le rappellions ici même il y a quelque temps, on ne peut douter que tout le secret de faire durer les phthisiques, c'est de prévenir ou de combattre les congestions, les inflammations qui s'allument si fréquemment autour des îlots tuberculeux disséminés dans le parenchyme pulmonaire, n'entrevoit-on pas, en face des faits qu'accumule dans son travail M. Demarquay, qu'en tempérant dans l'air respiré l'action de l'oxygène par une proportion plus grande d'acide carbonique, on peut directement prévenir et combattre ces mouvements fluxionnaires, accélérateurs incontestables d'un travail pathologique funeste? Au reste, l'auteur, qui a étudié, avec un zèle auquel tout le monde a depuis longtemps applaudi, l'action topique des gaz dont nous nous occupons sur certains traumatismes externes, signale, dans cette direction d'études, une foule de faits intéressants qui permettent au moins de pressentir que tout ce que quelques-uns de nos prédécesseurs ont enseigné sur l'influence utile de la respiration d'un air plus chargé qu'à l'état normal d'acide carbonique dans la tuberculose, n'est peut-être pas l'expression simple d'une pure conception théorique. Pour nous, bien que M. Demarquay, avec l'excellent esprit de prudence qu'il apporte en ses études, n'ose conclure à cet égard, nous n'hésitons pas à le féliciter d'avoir porté son attention de ce côté un peu oublié de la thérapeutique : forcer à regarder, c'est préparer à mieux voir.

Séduit par des études qui nous sortent au moins pour un moment de l'ornière du sentier battu, nous nous sommes plus longtemps étendu que nous ne pensions le faire sur cette partie du livre de l'habile chirurgien de la Maison municipale de santé. Il nous resterait cependant à analyser les résultats non moins importants auxquels l'auteur est parvenu, en étudiant, soit dans le passé de la science, soit dans une expérimentation directe, l'action de l'oxy-

gène pur dans le traitement d'un certain nombre de maladies; malheureusement, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à l'ouvrage de notre savant confrère; ils y trouveront sur ce point un certain nombre d'indications qui pourront les diriger utilement dans les applications que déjà on peut faire, avec de raisonnables chances de succès, du gaz oxygène au traitement de quelques affections ou internes ou chirurgicales nettement définies; mais outre les résultats thérapeutiques dignes d'attention, qui, nous le répétons, sortent évidemment de ce travail, l'auteur a su plus d'une fois en faire jaillir quelques enseignements, qui éclairent d'une manière imprévue les questions dont la science se préoccupe le plus vivement. C'est ainsi, par exemple, que M. Demarquay, ayant injecté de l'oxygène par la veine-porte, a fait une remarque qui nous paraît digne de fixer au plus haut degré l'attention des physiologistes qui en sont encore à se poser le problème de la fonction que remplit dans l'organisme l'organe splénique. Nous demandons la permission de laisser un instant sur ce point la parole à l'auteur; il plaidera ainsi lui-même sa cause auprès des lecteurs mieux que nous l'avons fait; mais pas mieux assurément que nous avons désiré le faire : « Un fait, dit M. Demarquay, qui nous a frappé, et sur lequel nous appelons de nouveau l'attention, en terminant ce chapitre, c'est la coloration rouge écarlate qu'a prise la rate en injectant de l'oxygène par la veine-porte, tandis que tous les autres viscères conservaient leur couleur normale. Cette expérience mérite d'être répétée, car en étudiant, avant et après l'expérience, les conditions du sang qui circule dans la rate, peut-être pourrait-on soulever un coin du voile qui nous empêche de découvrir les fonctions de cet organe. L'organe splénique n'était pas seulement injecté, il était devenu dur, volumineux, très-distendu. Ces expériences démontrent que la rate est un organe formateur des corpuscules sanguins (il concourt au moins à l'hématopoïèse, dirons-nous), et que ceux-ci n'attendent en quelque sorte que le contact de l'oxygène pour achever leur évolution. D'un autre côté, si l'on tient compte de la vascularisation exagérée que présentent les viscères abdominaux lorsqu'ils sont traversés par un courant d'oxygène, on arrivera facilement à cette conclusion, que l'oxygène ne vivifie pas seulement les globules sanguins, en provoquant l'exhalation de l'acide carbonique; mais que, de plus, porté au sein de l'organisme, il provoque le développement ou l'organisation des divers éléments qui doivent concourir à la formation des globules sanguins. Ce développement exagéré de la vascularisation de tous les

viscères prouve que les éléments formateurs ou réparateurs du sang se trouvent partout, et que, dans la rate, ils sont arrivés à un degré plus avancé de leur évolution, puisque là le sang peut prendre sa couleur vermeille sans avoir préalablement subi l'influence du passage à travers le poumon. »

Nous laisserons le lecteur sous l'impression de cette citation, et nous ne craignons pas de lui assurer que, s'il médite ce livre remarquable comme nous l'avons fait, il y recueillera une foule de remarques non moins intéressantes que celle-là, et qu'en face des perspectives qu'ouvrent à la thérapeutique les recherches originales du laborieux chirurgien de la Maison de santé il sentira grandir sa foi au progrès de la science, ce qui est la condition essentielle pour faire de la médecine honnête.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouvelle méthode pour réduire les luxations. — Le meilleur procédé pour réduire les luxations consiste dans l'emploi du chloroforme, qui amène promptement une résolution musculaire complète ; mais l'anesthésie n'est pas exempte de dangers ; aussi croyons-nous utile d'indiquer un nouveau procédé qui agit de la même façon que le chloroforme en produisant la résolution musculaire, et qui est dû à deux internes des hôpitaux de Paris : MM. Legros et Anger.

L'observation suivante, due à M. Anger, montre parfaitement les résultats de la nouvelle méthode :

E*** (Théodore), âgé de vingt-sept ans, journalier, entra à l'hôpital des Cliniques, service de M. Nélaton, le 5 juin 1866.

La veille, à la suite de libations un peu copieuses, il fit une chute sur l'angle d'un trottoir et se releva avec une vive douleur à l'épaule droite et dans l'impossibilité absolue de se servir de son membre supérieur droit. On le conduisit aussitôt chez un médecin, qui reconnut une luxation de l'épaule et essaya de la réduire. Malgré des tentatives réitérées, faites avec l'aide de trois individus, la réduction n'eut pas lieu.

Il se décida le lendemain à entrer à l'hôpital.

Le 6 juin, c'est-à-dire quarante-huit heures environ après l'accident, à la visite du matin, cet homme était dans l'état suivant :

De la main gauche, il soutient l'avant-bras droit ployé à angle droit sur le bras. Le coude est écarté du tronc. L'épaule du même côté est abaissée, et ses mouvements suivent exactement ceux du corps. La déformation de la région est très-caractéristique ; le deltoïde est aplati, la fosse sous-épineuse sensiblement déprimée. L'ef-

facement de ces muscles est d'autant plus visible, que l'acromion forme au-dessus d'eux une saillie considérable. Le creux sus-claviculaire a disparu ; la concavité de cette région est remplacée par une voussure donnant au toucher la sensation d'un corps dur, mais situé trop profondément pour que l'on puisse bien en apprécier la forme et les limites. Comparée à celle du côté opposé, la paroi antérieure de l'aisselle est élargie, abaissée, et son bord inférieur forme une corde dure et tendue, constituée par le grand pectoral fortement contracté.

Le deltoïde est dépressible sous le doigt et l'on s'assure aisément qu'il ne coiffe plus la tête humérale. Il n'existe point de tumeur dure et arrondie dans l'aisselle; pour arriver à sentir, ou, mieux, à soupçonner la tête de l'os, il faut, d'une main, abaisser l'épaule, tandis que les doigts de l'autre main, engagés dans le creux axillaire, refoulent et dépriment les parties molles en sens contraire.

Le malade n'accuse de douleur nulle part, excepté au niveau de la saillie que nous avons signalée dans le creux sous-claviculaire, en dedans de l'apophyse coracoïde. La pression détermine, dans ce point, une vive souffrance, qui redouble lorsqu'on imprime au membre quelques légers mouvements.

Les mouvements spontanés eux-mêmes sont complétement abolis, et tout le membre, de ce côté, forme pour ainsi dire corps avec le tronc.

Quant aux mouvements provoqués, ils sont aussi douloureux que limités. L'adduction du bras est impossible ; l'abduction et l'élévation sont relativement faciles. La plupart des mouvements imprimés ont pour centre non la tête de l'os luxé, mais bien l'omoplate.

Mesurée aussi exactement que possible et dans des positions réciproquement semblables, la distance qui sépare l'acromion de l'épicondyle est moindre de 0m,01 du côté de la luxation.

Notons enfin que cet homme est doué d'une constitution athlétique. Son système musculaire est très-développé, et il n'est douteux pour aucun des assistants que le chloroforme ne soit nécessaire comme adjuvant des procédés ordinaires de réduction.

Cet individu nous parut dans les conditions les plus favorables pour expérimenter une méthode qui m'avait déjà réussi dans deux cas, moins compliqués il est vrai.

Voici comment je procédai, en présence de M. Houel et de nombreux assistants :

Le malade fut assis sur une chaise au bord de son lit d'hôpital. Je choisis pour points d'appui les montants en fer de chaque extrémité du lit.

1° *Contre-extension*. — Elle fut établie à l'aide d'un drap plié en cravate, dont le milieu fut passé sous l'aisselle et dont les deux chefs, réunis derrière le cou, furent solidement fixés à l'un des montants en fer.

2° *Extension*. — Les deux extrémités d'un second drap furent reliées à la moitié inférieure du bras à l'aide d'une bande roulée, comme cela se pratique tous les jours dans les hôpitaux.

Dans l'anse ainsi formée, fut passé un tube de caoutchouc de la

grosseur du petit doigt environ et d'une longueur de 0m,60. C'est sur ce tube de caoutchouc que nous pratiquâmes l'extension, d'abord peu à peu, graduellement, jusqu'à ce que le bras fût devenu horizontal. Alors la traction élastique fut augmentée de façon à enrouler quatre fois le tube autour de l'anse et du montant du lit. Le malade resta ainsi près d'une demi-heure, pendant qu'on achevait la visite.

Au bout de ce temps, le résultat désiré était obtenu ; le patient se plaignait d'une grande fatigue et avouait être à bout de forces.

Cette traction élastique et continue avait amené des changements notables dans les rapports des parties. La tête de l'humérus avait quitté sa position sous-claviculaire : elle était descendue dans l'aisselle, où on la sentait facilement. Tous les muscles de l'épaule et du bras, qui, au début, étaient contractés, durs et résistants, étaient devenus souples et dépressibles.

Cependant la tête n'était point rentrée dans sa cavité et il restait à faire la coaptation. Je songeai d'abord à la pratiquer avec deux bandes en caoutchouc, dont l'une abaissait l'épaule, tandis que l'autre entraînait l'humérus en haut. Il fut bientôt facile de s'apercevoir que cette coaptation ne réussissait point, parce qu'au fond elle ne répondait à aucune indication.

Saisissant alors le bras de la main droite, j'imprimai au membre une légère et brusque traction, tandis qu'avec les doigts et le pouce de la main gauche je rapprochais la tête humérale de l'acromion. Immédiatement la luxation fut réduite et la tête rentra dans la cavité glénoïde en produisant le soubresaut caractéristique.

Réflexions. — Dans une luxation traumatique, qu'est-ce qui s'oppose surtout à la réduction ? Les muscles. C'est leur résistance active qu'il faut vaincre. Pour cela la traction doit être assez puissante pour épuiser rapidement leur contractilité ; l'application de cette force ne doit pas dépasser quinze à vingt-cinq minutes, si l'on veut qu'elle soit supportable. Les muscles, n'étant doués que d'une contractilité intermittente, sont nécessairement fatigués et vaincus dans leur lutte contre une traction toujours égale, continue et permanente. Un épuisement des muscles analogue et comparable à leur paralysie, tel est le résultat auquel nous devions forcément arriver par ce moyen.

Sans doute, on peut arriver au même but par les procédés anciens, les tractions directes, les moufles, etc., etc. ; mais on n'y parvient ni si sûrement ni sans douleur.

Tous ces procédés sont plus ou moins barbares et brutaux ; ils exigent des aides nombreux ; ils effrayent le malade, et comme ils sont tous plus ou moins intermittents, ils provoquent des efforts violents de réaction et souvent une résistance insurmontable.

L'emploi du caoutchouc est essentiellement un procédé de dou-

ceur : rien d'effrayant, rien de douloureux dans son application. La seule chose dont se plaint le patient est une sensation de fatigue et d'épuisement, et c'est le moment qu'on doit choisir pour faire la coaptation.

Outre qu'il annule la résistance des muscles, ce procédé a l'avantage, dans le cas présent, de dégager la tête de l'os, qui peu à peu descend au-dessous de l'apophyse coracoïde et vient faire saillie dans l'aisselle.

Il nous resterait à déterminer la quantité de traction nécessaire pour obtenir l'épuisement musculaire. Des expériences seront entreprises dans ce sens, et nous les publierons dès qu'elles seront terminées.

Qu'il nous suffise de dire maintenant que la tension du caoutchouc doit être proportionnelle à la résistance du sujet, c'est-à-dire à sa force, à son âge, à son sexe. Quatre tubes de la grosseur du petit doigt, de 15 centimètres de long, distendus de façon à doubler leur longueur, ont largement suffi dans le cas précédent, où nous avions affaire à un sujet athlétique et à une luxation très-complète. Il faut enfin calculer la puissance de l'extension de façon à obtenir le relâchement musculaire complet en quinze ou vingt minutes.

Nous ne savons quel est l'avenir de cette méthode ; mais nous croyons vrai le principe sur lequel elle est fondée. Ce principe consiste à relâcher les muscles en épuisant leur contractilité, comme on les relâche en donnant le chloroforme. Tous les chirurgiens ne savent-ils pas que tous les anciens procédés de réduction se valent, ou plutôt qu'il n'y en a plus depuis l'invention du chloroforme, c'est-à-dire depuis qu'on a appris à supprimer les résistances des muscles ?

Malheureusement, le chloroforme est un agent aussi dangereux que puissant, et ce sera notre excuse d'avoir cherché à le remplacer par un moyen aussi sûr qu'inoffensif.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Pleurésie chronique ; évacuation du pus par une fistule pleuro-bronchique, facilitée au moyen de la position ; guérison. Des faits de pleurésie chronique purulente dans lesquels le pus s'est fait jour au dehors à travers les bronches, par l'intermédiaire d'une fistule pleuro-bronchique, ont été maintes fois signalés. Celui que nous consignons ici, digne déjà d'attention par la terminaison, qui fut favorable, mérite peut-être une mention spéciale, en raison du rôle que la position paraît avoir joué dans la guérison.

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, qui fut traité en 1862, par M. Malcolm, pour une pleurésie du côté gauche. Les moyens ordinaires, mis en usage contre la maladie, ne parvinrent pas à en triompher, et les symptômes, au lieu de s'amender, allèrent s'aggravant de plus en plus, et finirent par dénoter le passage à l'état chronique, avec purulence de l'épanchement. Dans ces conditions, il arriva que le malade, dans un violent accès de toux, expectora une quantité assez considérable de pus, sans qu'il en résultât toutefois beaucoup de soulagement. L'épanchement augmenta même de quantité, comme ne tardèrent pas à le prouver et la dyspnée croissante, et la dilatation du côté malade, et le déplacement du cœur dont les battements s'entendaient à droite du sternum.

On songea alors, peut-être un peu tard, à recourir à la thoracentèse, lorsqu'on remarqua que le malade, forcé par la dyspnée à garder habituellement la position assise, venait-il à se coucher sur le ventre pour se reposer (seul mode de décubitus qui lui fût possible), rendait immédiatement du pus en abondance par la bouche. Chaque fois que cela arrivait, le patient se trouvait sensiblement soulagé, et passait une heure et quelquefois plus, sans tousser ni expectorer, et sans avoir autant de dyspnée. Cette remarque conduisit M. Malcolm à essayer si, au moyen de la position déclive, méthodiquement employée, il n'arriverait pas à procurer l'évacuation du pus, et par suite la guérison. Matin et soir, l'on fit placer le malade sur les genoux, la tête inclinée en bas et en avant, pendant qu'on le soutenait solidement à cause de sa faiblesse. Il rendit ainsi une grande quantité de pus très-fétide, et peu à peu sa situation s'améliora. Le cœur revint à sa place normale; le poumon, jusque-là comprimé, se dilata de nouveau; l'appétit reparut. Au bout de deux mois, il ne restait que très-peu de toux et d'expectoration, et celle-ci n'avait plus de mauvais caractère. Enfin le rétablissement fut complet, à l'exception d'un rétrécissement médiocre du côté gauche du thorax. (*Australian med. journ.* et *British med. journ.*, janv. 1866.)

Métrorrhagies chez les femmes chargées d'embonpoint; leur traitement. Il est très-commun, dit M. le docteur Dancel dans une étude très-intéressante, de rencontrer dans la pratique médicale des femmes, mariées ou non mariées, qui ont vu arriver des perturbations dans les fonctions de l'utérus, à mesure qu'elles ont pris de l'embonpoint. Leurs menstrues, après avoir paru régulièrement et avec un sang normal, ont présenté des variations dans leur durée, dans l'époque de leur apparition et dans la nature du sang excrété; puis elles ont quelquefois cessé complétement de paraître; puis il succède à ces mêmes perturbations des pertes utérines continues, et cela sans maladie appréciable de l'organe utérin.

Chez ces femmes, le traitement qu'on oppose d'ordinaire aux métrorrhagies sans lésions de la matrice ne donne pas les résultats qu'il procure chez les femmes atteintes de chloro-anémie, bien qu'il s'agisse aussi, en définitive, de métrorrhagies passives, analogues à celles dont sont atteintes les chlorotiques. Cela tient, pour M. Dancel, à ce que les tissus des organes d'une femme très-grosse sont pénétrés d'une très-grande quantité de sérosité, et que par cela même, tout en conservant cette sensibilité organique nécessaire pour l'assimilation et la nutrition, ils ont perdu cette tonicité, cette contractilité organique indispensables aux fibres des tissus pour constituer une trame suffisamment serrée et capable d'empêcher le passage des fluides. Il peut arriver alors que le sang, appelé par une fluxion périodique de l'utérus, continue de couler indéfiniment; et la perte s'établit avec d'autant plus de facilité que le sang des femmes très-grosses, presque toujours très-lymphatiques, est peu riche en globules et très-aqueux.

D'après ces vues, M. Dancel pense que le principal moyen à employer pour délivrer de telles malades de leurs pertes utérines consiste, non pas à leur administrer des médicaments excitants et toniques, mais à diminuer la quantité de sérosité dont leurs tissus sont pénétrés, et il y arrive par le traitement anti-obésique : régime composé de beaucoup de viande, très-peu de légumes, réduction des boissons à la plus faible quantité possible; purgation avec la scammonée de temps en temps.

Quoi qu'il en soit des idées théoriques admises par notre confrère, il est certain qu'il rapporte plusieurs exemples qui témoignent de l'efficacité de la thérapeutique par lui adop-

tée. (*Gaz. des hôpitaux*, 1866, n°s 73 et 76.)

Fracture du larynx; œdème de la glotte; trachéotomie; guérison. Le docteur Maclean fut appelé, le 15 juin 1865, auprès d'un fermier, âgé de trente-deux ans. Le malade était sur son lit, assis, soutenu par des oreillers, incapable d'articuler une parole et d'accomplir l'acte de la déglutition. Une salive sanglante s'écoulait de sa bouche. Sa physionomie exprimait une anxiété extrême; la respiration était pénible, stertoreuse. La face, le cou, la tête, la partie supérieure de la poitrine étaient le siége d'un emphysème considérable. Pouls faible, extrémités froides. Douze heures auparavant, faisant un violent effort pour lancer un bâton, cet homme avait trébuché et il était tombé en avant, le cou portant avec violence sur une souche d'arbre. Il était parvenu à se relever, mais avait de suite éprouvé une extrême difficulté à respirer, et, en portant la main à son cou, il l'avait trouvé tuméfié; la tuméfaction s'était ensuite rapidement étendue aux parties ci-dessus désignées. Il n'y avait aucune difficulté à reconnaître la nature de la lésion: le cartilage thyroïde était fracturé, comme le prouvait manifestement une crépitation d'une nature très-distincte de celle de l'emphysème. Les jours suivants, il y eut un peu d'amélioration dans l'état du blessé, et l'on en profita pour le transporter à la ville, afin de pouvoir surveiller plus aisément les symptômes et les accidents et d'être plus à portée de pourvoir aux indications qui pourraient se présenter. Il y eut lieu de se féliciter d'avoir pris ce parti, car la situation ne tarda pas à s'aggraver, la respiration devenant de plus en plus difficile. L'examen laryngoscopique fit reconnaître l'existence d'un œdème de la glotte. La trachéotomie était devenue nécessaire : elle fut pratiquée par le docteur Maclean, non sans difficulté. Du moment que l'accès de l'air eut été rétabli, les accidents s'amendèrent rapidement. Le 29 juin, la canule put être enlevée sans dommage pour la respiration. Le malade se rétablit parfaitement. (*Canada med. Journ.* et *British med. Journ.*, janvier 1866.)

Fièvre intermittente. — Traitement par l'électuaire de Lobstein. Dans les cas de fièvres intermittentes rebelles au sulfate de quinine employé à haute dose et accompagnées de cachexie paludéenne, M. Huntz recommande l'emploi d'un électuaire déjà préconisé autrefois par le professeur Lobstein et ainsi formulé :

Poudre de quinquina. . . .	40 gr.
Poudre de rhubarbe.. . . .	15 —
Hydrochlorate d'ammoniaq.	3 —
Sirop blanc.	q. s.

pour faire vingt bols.

M. Huntz prescrit quatre de ces bols par jour, à prendre à une heure de distance, de façon à ce que le dernier soit pris une heure avant l'accès.

Il prétend avoir déjà pu par ce traitement obtenir de nombreux succès chez des malades atteints de fièvre d'Afrique, traités inutilement par le sulfate de quinine à haute dose, et porteurs de tous les signes de la cachexie paludéenne : teint blafard, subictérique, bouffissure de la face, anasarque, hypertrophie de la rate et du foie.

Au bout de six à huit jours de l'emploi de cet électuaire, l'engorgement des viscères abdominaux diminuait graduellement, et les accès de fièvre cessaient de se produire. Une alimentation réparatrice et les ferrugineux consolidaient la guérison. (*Société de médecine de Strasbourg.*)

Emploi de la digitale dans les maladies mentales. Nous avons fait connaître précédemment (t. LXV) les conclusions auxquelles l'observation a conduit M. Robertson sur cette application thérapeutique de la digitale. On pourra en rapprocher les suivantes empruntées au docteur Williams, surintendant de l'Asile d'aliénés de Northampton.

1° La digitale est un sédatif précieux dans le traitement de la manie tant récente que chronique, ainsi que dans les cas où ces formes se trouvent compliquées de paralysie générale ou d'épilepsie. — 2° La quantité moyenne de teinture à administrer quotidiennement est de 2 à 4 grammes; le médicament peut être donné à cette dose plusieurs jours de suite sans aucun inconvénient, puis continué ultérieurement, avec beaucoup d'avantage, à des doses en rapport avec l'état du pouls, pendant plusieurs mois. — 3° L'indication d'après laquelle doit être réglé l'emploi de cet agent est l'état du pouls, toute intermittence marquée de celui-ci rendant nécessaire sa suspension immédiate. — 4° La faiblesse de la circulation

n'est pas une contre-indication à son emploi; l'expérience montre, au contraire, que les sujets les plus affaiblis supportent l'administration de la digitale aussi bien que les plus robustes. — 5° Lorsque l'usage de la digitale est suivi de nausées et de tendance à la syncope, sans qu'il y ait en même temps une diminution correspondante de l'excitation, l'association de ce médicament, dans des proportions analogues à celles données ci-dessus, avec l'éther chlorique, la morphine, l'acide hydrocyanique, amène souvent les résultats désirés, alors que la digitale seule avait été impuissante à les obtenir. (*British med. journ.*, mars 1866.)

Transsudation du mercure métallique à travers la peau. Un homme, atteint d'un chancre induré en 1861 et 1862, avait pris 0,60 de bichlorure de mercure et un peu moins de proto-iodure; il avait fait des frictions avec 45 grammes d'onguent mercuriel et des fumigations avec 30 grammes d'iodure de mercure. Il n'eut pas de salivation. Deux mois après la dernière fumigation, il fut surpris et alarmé de voir sa peau, spécialement à la région du thorax, couverte de petits globules de mercure facilement reconnaissables à l'œil nu. Son mouchoir, comme les lettres qu'il portait dans sa poche, en offraient des traces très-apparentes. Il en fit voir au docteur Salméron sur une lame de cuivre. L'exhalation dura pendant trois semaines.

Le docteur Maldore, ayant ouvert un abcès de la glande sous-maxillaire développé chez un enfant à qui il avait administré quelques grains de mercure pour une affection abdominale, a observé distinctement des globules de mercure dans le pus de l'abcès comme sur le linge à pansement, et cette évacuation mercurielle continua pendant une semaine après qu'on eut cessé de prendre le médicament. (*Manchester med. Society* et *Giorn. Ital. delle Malattie veneree.*)

Un cas d'empoisonnement par la strychnine. M. Casper rapporte le fait suivant :

Un homme de trente ans prit, dans l'intention de se suicider, 5 ou 6 grains de strychnine; la mort arriva au bout d'une heure. L'auteur, en comparant ce cas aux cas déjà connus, arrive aux conclusions suivantes :

Les lésions cadavériques seules ne permettent pas d'affirmer la réalité de l'empoisonnement par la strychnine.

Parmi les symptômes morbides, les phénomènes tétaniques sont d'une valeur considérable pour établir le fait d'empoisonnement.

Les circonstances accompagnant le fait brut apportent des preuves à l'appui; si après avoir pris un médicament ou un mélange suspect, un homme est pris de crampes tétaniques qu'on ne puisse attribuer à toute autre cause, le médecin est en droit de supposer un empoisonnement par la strychnine.

La constatation de la strychnine dans le cadavre par l'analyse chimique est la preuve indubitable de l'empoisonnement, mais son absence ne prouve pas qu'il n'y ait pas eu empoisonnement. (*Gaz. médicale.*)

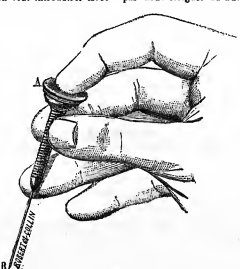
Attelles plâtrées contre la reproduction des luxations phalangiennes. Une nouvelle application de ce contentif simple vient d'être faite par son principal défenseur en France, M. Herrgott, de Strasbourg. Deux succès exhibés devant la Société de médecine témoignent de sa facilité d'emploi et de son efficacité. Contre une subluxation du premier métacarpien sur le trapèze, le pouce étant mis dans une extension et une adduction forcée, il suffit d'appliquer un gantelet plâtré laissant les doigts libres, moins le pouce, pour que, après quinze jours d'application de cet appareil, supporté sans la moindre gêne, il n'existât plus de tendance au déplacement. Après une luxation en arrière de la première phalange, l'habile chirurgien strasbourgeois se borna à placer le pouce dans une flexion forcée et à l'immobiliser ainsi par une compresse plâtrée en recouvrant le dos et prenant son point d'appui sur l'avant-bras. Huit jours après, le blessé pouvait reprendre son travail d'imprimeur.

C'est surtout dans ces cas simples que ce moyen trouve bien son application. Si l'emploi de grands appareils, de bandages compliqués, de puissantes machines constitue trop souvent le mérite de l'opérateur pour le vulgaire, le progrès pour la science est dans la simplicité des moyens, leur sûreté et leur rapidité d'action. (*Gazette méd. de Strasbourg.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Appareil à vaccination. M. Bouillaud a présenté à l'Académie des aiguilles à injection sous-cutanée, construites, sur les indications de M. Danet, par MM. Robert et Collin, successeurs de M. Charrière. Une de ces aiguilles, spécialement destinée à pratiquer la vaccine, consiste tout simplement en une aiguille creuse très-fine et terminée à une de ses extrémités par une cupule fermée par une membrane en caoutchouc. La seconde aiguille, destinée aux injections médicamenteuses sous-cutanées, a sa cupule munie d'un petit mécanisme fort simple, qui permet de compter le nombre de gouttes de liquide que l'on veut introduire. Avec ces instruments l'on opère d'une seule main, le doigt indicateur faisant le vide dans l'aiguille et en chassant les liquides qui s'y trouvent enfermés par la moindre pression qu'il exerce sur la membrane en caoutchouc. (*Acad. de médecine.*)

Influence des machines à coudre sur la santé et la moralité des ouvrières. Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'une question directement afférente à la thérapeutique, comme, en définitive, bien connaître la cause d'une affection est souvent la meilleure base des traitements à instituer, nous croyons ne pas nous éloigner du but spécial de



notre recueil en y consignant ce que M. le docteur Guibout a communiqué, sous le titre qui précède, à la Société médicale des Hôpitaux.

On sait que les machines à coudre dites *américaines* sont mues par deux pédales, une pour chaque pied. L'impulsion est donnée à ces pédales par un mouvement rapide d'abaissement et d'élévation des deux membres inférieurs, des cuisses en particulier. Tantôt ce mouvement est simultané et isochrone pour les deux membres, qui s'élèvent et s'abaissent à la fois, en imprimant, par le fait même, un balancement antéro-postérieur continuel et régulier; tantôt, au contraire, suivant la construction différente des machines, le mouvement générateur produit par les membres inférieurs est alternatif, c'est-à-dire que quand une cuisse s'élève, l'autre s'abaisse. Dans ce dernier cas, il n'y a point pour le corps tout entier d'oscillation cadencée d'arrière en avant et d'avant en arrière ; mais il y a une secousse, un ébranlement général et sans cesse renouvelé, résultant du frottement rapide des cuisses l'une sur l'autre.

Le premier exemple des inconvénients qui résultent de ces mouve-

ments, de ce frottement, a été offert à M. Guibout, il y a environ trois ans, par une jeune femme qu'il avait connue jusqu'alors douée des attributs d'une santé florissante, et qui se présenta dans son cabinet avec un amaigrissement et une altération des traits révélant une atteinte profonde portée à l'organisme. Elle avoua à notre confrère que le travail de la machine américaine, les frottements qu'il rend nécessaires, produisaient chez elle une excitation génésique considérable qui, souvent, la forçait à suspendre son travail, et c'est à la fréquence de ces excitations et à la fatigue qui en résultait pour elle qu'elle attribuait la leucorrhée dont elle était affectée, son amaigrissement et la perte de ses forces.

Ce cas intéressant, s'il fût resté unique, n'eût pas autorisé suffisamment à remonter et à conclure des effets à la cause qui les avait produits, bien que la nature des mouvements nécessités par le jeu de la machine dont il s'agit donnât bien l'explication de l'altération dont se plaignait la malade. Il aurait pu se faire, en effet, qu'il y eût dans le tempérament de cette femme de quoi expliquer cette même excitation; mais plusieurs autres exemples semblables se sont présentés à l'observation de M. Guibout, et les femmes qui les ont fournis ont révélé que beaucoup de leurs compagnes éprouvaient les mêmes effets. Chez l'une d'elles, outre les ravages produits par l'onanisme involontaire résultant du jeu de la machine, il y avait des accidents métrorrhagiques symptomatiques de cette forme de métrite congestive et hémorrhagique dont l'origine remonte d'ordinaire à des causes de cette nature. Chez une autre, il existait un épuisement général avec prédominance des accidents du côté de la poitrine.

Les conclusions de ces faits coulent de source; c'est que, — au point de vue des individus, il y aura lieu, pour certaines femmes, de renoncer au genre de travail dont il est ici question; — au point de vue général, il sera nécessaire de trouver un autre générateur du mouvement pour les machines à coudre, et, jusque-là de conjurer les dangers du travail, en le rendant moins continu et en abrégeant sa durée. (*Soc. méd. des Hôp*, séance du 9 mai 1866.)

VARIÉTÉS.

Le régime sanitaire actuellement en vigueur vient d'être modifié par le décret suivant :

NAPOLÉON, etc.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics ;

Vu, etc., etc. ;

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Les mesures sanitaires applicables en cas de patente brute du choléra peuvent, comme en cas de patente brute de fièvre jaune, avoir une durée différente pour les passagers, les hommes d'équipage, le navire et les marchandises.

Art. 2. Les navires sont isolés à leur arrivée et tenus à l'écart jusqu'à l'entier accomplissement des mesures sanitaires dont ils doivent être l'objet.

Art. 3. Constatation faite par le service sanitaire des conditions dans lesquelles se trouvent les navires, il est procédé, avant l'ouverture des écoutilles et préalablement à toute autre opération, au débarquement des passagers et de ceux des hommes d'équipage dont la présence à bord n'est pas indispensable.

Art. 4. Les cholériques et les personnes reconnues par la visite médicale atteintes de cholérine ou de toute autre affection de nature à devenir compromettante pour la santé publique sont immédiatement déposés, pour y être traités à part, au lazaret ou dans un local pouvant en tenir lieu.

Art. 5. Les autres personnes sont retenues en observation, soit dans le lazaret même, soit dans un autre lieu isolé que désigne l'autorité sanitaire, et elles y sont soumises, selon les cas, aux mesures d'hygiène et de salubrité prescrites par les règlements.

Art. 6. L'observation est de trois à sept jours pleins, à partir du débarquement.

Art. 7. Une décision motivée de l'autorité sanitaire détermine, dans les limites ci-dessus fixées, la durée de l'observation pour chaque cas particulier.

Art. 8. Le maximum est applicable aux provenances jugées dangereuses, soit

à cause des faits ou accidents sanitaires survenus pendant la traversée, soit à raison de la mauvaise tenue du navire, de la nature et de l'état du chargement, du nombre ou des conditions hygiéniques des hommes d'équipage et des passagers.

Le minimum peut être appliqué lorsque le navire est propre, bien tenu, non encombré, et qu'il n'est survenu aucun fait ou accident sanitaire pendant la traversée.

Art. 9. Lorsque les arrivages ont lieu par des navires de guerre reconnus sains ou par des navires principalement installés pour le transport rapide des voyageurs, dont les cales ont été suffisamment aérées pendant la traversée; qu'il y a à bord un médecin sanitaire commissionné ou en faisant fonctions, et qu'il n'est survenu aucun fait ou accident de nature à compromettre la santé publique, les passagers et l'agent des postes peuvent être admis à libre pratique après l'accomplissement des visites et constatations nécessaires.

Art. 10. Les effets à usage des personnes mises en observation sont soumis aux mesures d'assainissement prescrites par les règlements. Le linge sale est toujours lessivé.

Art. 11. Il est procédé, à l'égard des navires et de leur chargement, conformément aux prescriptions de l'arrêté ministériel du 30 août 1861 et du décret du 7 septembre 1863.

Art. 12. La durée des opérations est réglée par le service sanitaire, d'après les conditions dans lesquelles le bâtiment se trouve et le degré d'insalubrité qu'il présente.

Art. 13. Les hommes de l'équipage qui ont été employés au nettoyage du navire et ceux qui les ont assistés dans ce travail sont, après l'opération terminée, soumis à l'observation de trois à sept jours.

Art. 14. Les lettres et paquets continuent à être soumis aux purifications réglementaires.

Art. 15. Les personnes destinées à reprendre la mer et celles qui voyagent en corps peuvent être tenues de se rembarquer au lazaret même et sans entrer en ville.

Art. 16. Lorsque les circonstances locales ne permettent pas d'exécuter, soit l'ensemble, soit quelques-unes des dispositions ci-dessus, il en est référé par l'autorité sanitaire à notre ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, qui prescrit les mesures nécessaires pour sauvegarder la santé publique.

Art. 17. Les règlements sanitaires antérieurs sont maintenus en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

Fait au palais des Tuileries, le 23 juin 1866. *Signé :* Napoléon.

Nouvelles du choléra. — Le choléra règne en ce moment sur plusieurs points de la France. Il est à peu près terminé à Nantes et à Paimbœuf, mais on l'annonce à Rouen. C'est à Amiens surtout qu'il a sévi d'une manière effrayante. Le chiffre des décès par vingt-quatre heures s'est élevé à plus de 80, chiffre énorme si l'on songe que la population de cette ville n'est que de 60,000 âmes. Comme toujours, le corps médical s'est montré à la hauteur de sa mission. Les médecins d'Amiens ont rivalisé de dévouement, et deux de nos confrères de cette ville ont déjà été la victime du fléau : ce sont MM. Léger et Thuillier. Honneur à leur mémoire !

Plusieurs internes des hôpitaux de Paris, toujours prêts à donner à la jeunesse médicale l'exemple du devoir, se sont offerts pour soigner les cholériques, et ils aident les médecins des diverses localités éprouvées.

Au milieu de cette calamité publique, les habitants d'Amiens ont fait preuve d'un grand courage; l'émigration a été des plus restreintes, et lorsque S. M. l'Impératrice, cédant à un généreux entraînement, est allée visiter les victimes du fléau, elle a trouvé une population plongée dans un deuil profond, mais nullement découragée.

A l'étranger, le choléra se propage. Il est en Belgique, en Prusse, et il vient d'être signalé à Saint-Pétersbourg.

Par décret en date du 23 juin, M. Froge, médecin de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Une nouvelle société vient de se fonder sous le nom de *Société micrographique.*

Le bureau, pour l'année 1866-1867, est composé de MM. Ch. Robin, prési-

dent; Balbiani, vice-président; Bouchard et Cornil, secrétaires; Ranvier, trésorier.

Statuts de la Société. — I. La Société est instituée pour la vulgarisation et le progrès des études microscopiques.

II. La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, de membres associés et de membres correspondants.

III. Le nombre des membres titulaires est fixé à quarante.

IV. Le nombre des membres honoraires est illimité, ainsi que celui des membres associés et celui des membres correspondants.

V. La Société est administrée par un président annuel, un vice-président, deux secrétaires et un trésorier-archiviste.

VI. Tous les membres du bureau sont élus à la majorité des suffrages et au scrutin secret.

VII. Le président et le vice-président sont élus pour un an et non rééligibles. Les secrétaires sont élus pour un an et rééligibles.

VIII. Une fois la Société constituée, le bureau proposera une liste de membres honoraires, associés et correspondants, sur laquelle la Société sera appelée à voter.

IX. Il est institué un comité de publication composé de cinq membres, les deux secrétaires et trois personnes prises en dehors du bureau.

X. Lorsqu'une place de membre titulaire sera vacante, un rapport sera fait par une commission sur les travaux des candidats; ce rapport sera discuté en comité secret, et l'élection aura lieu dans la séance qui suivra la lecture du rapport. Il ne sera fait de rapport, pour l'élection à une place vacante de membre titulaire, que lorsque trois candidats au moins se seront présentés pour la remplir.

XI. La nomination des membres honoraires et des membres correspondants sera soumise aux mêmes règles que celle des membres titulaires.

XII. L'élection des membres titulaires sera faite par les membres titulaires; celle des membres honoraires, par les membres titulaires et les membres honoraires réunis.

XIII. Les membres titulaires acquittent une cotisation personnelle fixée par la Société.

XIV. Toute proposition tendant à modifier l'organisation de la Société devra être signée par cinq membres titulaires, et sera discutée dans un délai de trois mois.

La Société de médecine de Toulouse a constitué son bureau pour l'année académique 1866-67, de la manière suivante:

M. Filhol, président; M. Marchant, vice-président; M. Janot, secrétaire général; M. Giscaro, secrétaire du primâ mensis; M. Basset, secrétaire des consultations gratuites; M. Guitard, archiviste; M. Couseran, trésorier; adjoints au bureau, MM. Gaussail et Magnes-Lahens.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un chirurgien de grand mérite, M. le docteur Goyrand, chirurgien chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix, membre associé de l'Académie impériale de médecine, décédé le 25 juin, dans la soixante-troisième année de son âge.

Son collègue et ami, M. le docteur Payan, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, a prononcé sur sa tombe un discours religieusement écouté par une nombreuse assistance.

Une autre perte nous est aussi particulièrement sensible, c'est celle de M. Deschamps (d'Avalion), pharmacien en chef de la Maison impériale de Charenton, un des plus anciens collaborateurs du *Bulletin de Thérapeutique* pour les sciences pharmaceutiques. Travailleur infatigable, M. Deschamps était bien connu pour son désintéressement et sa loyauté scientifique.

Enfin, un de nos jeunes confrères, le docteur Brière, médecin à Saint-Côme-de-Vair (Sarthe), vient de succomber à une diphthérie maligne qu'il avait contractée en donnant des soins à un enfant atteint de croup. Ancien interne des hôpitaux, officier de l'Académie pour le zèlo dont il avait fait preuve à l'hôpital de la Charité pendant l'épidémie cholérique de 1865, Brière était externe de M. le professeur Monneret alors que j'étais interne dans le même service. J'ai pu, dès cette époque, apprécier ses nobles qualités. Brière n'a jamais eu dans sa vie que deux mobiles: l'amour de la science et le dévouement pour les malades.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'hydrothérapie dans les maladies utérines [1],

Par M. Courty, professeur à l'École de médecine de Montpellier.

L'hydrothérapie est un des moyens les plus puissants dans le traitement des maladies utérines, et cela se conçoit. A combien de médications ne vient-elle pas en aide : sédation, tonification, révulsion, résolution, sans compter les autres. Malheureusement on l'emploie à l'aveugle. On a abusé des bains chauds, des bains tièdes, comme de la saignée, du repos, etc. Maintenant n'abuserait-on pas de l'eau froide? A côté des malades qui bénéficient de belles cures, n'y en a-t-il pas d'autres qui sont victimes de cette mode d'hydrothérapie, mise en vogue par les beaux succès des empiriques, propagée par les études sérieuses de médecins instruits?

Le meilleur moyen d'aider l'hydrothérapie à rendre de grands services dans le traitement des maladies utérines, et elle peut en rendre de très-grands, c'est de préciser la nature de ces services, de les caractériser, de signaler en même temps les cas où elle peut être nuisible.

L'emploi curateur de l'eau froide, ou l'hydrothérapie dans la plus large acception du mot, comprend l'application générale de l'eau froide sur tout le corps, et son application locale, *intus* et *extra*. Ce sont deux actions souvent très-différentes.

Le médecin doit connaître non-seulement l'action générale de l'eau froide, mais celle des divers modes d'application de cet agent ; car ses effets varient fort d'un mode à l'autre, depuis le bain de rivière ou de mer jusqu'à l'enveloppement par le drap mouillé ou l'immersion après sudation ; depuis la douche écossaise, chaude et froide à succession brusque, et la douche froide sur tout le corps, jusqu'à la douche sur le col utérin ou l'irrigation vagino-utérine continuée plus ou moins de temps.

Il faut rechercher les médications que l'on peut réaliser à l'aide des modes d'application variés de l'eau froide : la sédation, la tonification, la révulsion, la résolution, etc. Il faut chercher comment on les réalise, s'il n'y a pas plusieurs moyens d'arriver au même but, si l'on ne peut pas employer l'eau froide de diverses manières

[1] Extrait du *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement médical et chirurgical, qui va paraître prochainement à la librairie Asselin.

chez diverses femmes pour atteindre un résultat identique, s'il n'y a pas enfin dans cette application des dangers qui la contre-indiquent dans un cas donné.

D'autre part, il faut rechercher parallèlement les indications qu'il y a à remplir dans les maladies utérines et préciser les cas dans lesquels les unes ou les autres doivent être remplies.

Il faut rapprocher enfin les indications à remplir dans les maladies utérines des médications réalisées par l'emploi de l'eau froide, et déterminer la correspondance ou l'opposition qui se trouve entre les unes et les autres. Telle indication peut être bien remplie par l'eau froide, il faut l'employer. Telle autre ne saurait être remplie par ce moyen, il y a contre-indication à son usage. Enfin il est des cas où, par-dessus une indication, il y a une contre-indication qui la prime: alors il faut savoir s'abstenir, ou en retarder l'application.

L'eau froide agit dans les maladies utérines comme dans toutes les maladies chroniques, même dans les inflammations, mais à certaines conditions : par exemple, qu'on aura éteint les accidents aigus, les exacerbations; qu'on emploiera l'hydrothérapie dans la mesure des forces de la malade, de son impressionnabilité et de celle de sa matrice; qu'on déterminera les réactions chez l'une d'une façon, chez l'autre d'une autre, par la marche, l'exercice, la chaleur humide, l'étuve sèche, les frictions, etc., suivant la force même de l'organisme et suivant la susceptibilité particulière des organes malades; car ceux-ci peuvent ne pas permettre le moindre exercice sans être atteints de redoublements inflammatoires : j'en ai eu dernièrement une nouvelle preuve.

Les médecins directeurs des établissements hydrothérapiques ne sauraient donc se pénétrer assez de cette vérité, que, comme tout médicament, l'eau froide doit être dosée, son application variée, les moyens de réaction modifiés, tout le système de traitement enfin approprié, accommodé à la malade et à la maladie.

Ces principes posés, je dois dire quels sont les procédés hydrothérapiques les plus utiles. Pour les juger, il faut se rappeler que le but principal qu'on se propose dans l'hydrothérapie, c'est le refroidissement et le retour de la chaleur à la peau, l'impression faite sur l'organisme et la réaction de celui-ci, la concentration et l'expansion. *De l'eau froide* et *de l'air chaud*, telles sont, dit M. Fleury (¹), les bases de l'hydrothérapie.

(¹) *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*. Paris, 1re édit., 1852; 2e édit., 1857.

Ces alternatives de concentration et de réaction sont opérées à l'aide de l'eau froide, c'est-à-dire d'un agent qui tonifie l'économie sans l'exciter, et qui agit sur la peau, c'est-à-dire sur celui de tous les organes dont la surface est la plus étendue, en même temps qu'il réveille, par les mouvements qu'il leur imprime, la vitalité et l'énergie fonctionnelle de tous les viscères. Il en résulte qu'elles déterminent une *révulsion* naturelle souvent renouvelée et sur la plus large surface possible; qu'elles ont une action *résolutive* comme tout ce qui active le mouvement nutritif de composition et de décomposition, de résorption et d'excrétion. Il en résulte encore qu'elles sont éminemment *toniques* pour l'organe malade et pour l'ensemble de l'économie, et qu'elles constituent une médication qu'Aran (1) a désignée par l'expression assez originale de *remontement général.* Enfin, si l'on a soin de les diriger, dans certains cas, en prolongeant l'impression du froid, de manière à éviter l'excitation, elles peuvent être également *sédatives.*

On peut demander à l'hydrothérapie tantôt l'un ou l'autre de ces effets, tantôt tous ces effets réunis. Parfois on l'emploie avant même de commencer la cure proprement dite d'une maladie utérine, pour tonifier et reconstituer l'organisme affaibli et le rendre capable de supporter le traitement. Plus souvent on l'applique, après les premiers moyens locaux et généraux qui ont agi directement sur l'utérus et les principales altérations fonctionnelles, pour achever, par son action révulsive et résolutive, une guérison que les autres agents seraient impuissants à produire.

Il est des cas dans lesquels, par la résistance des malades à la réaction, ou par la nécessité d'une révulsion cutanée plus puissante, on est obligé de recourir à la sudation artificielle.

La *sudation artificielle* est provoquée par le bain de vapeur, ou par l'étuve sèche; d'autres fois, on a recours à l'enveloppement dans le drap mouillé et les couvertures, et l'on fait boire à la malade d'abord du tilleul, en y ajoutant au besoin quelques gouttes d'acétate d'ammoniaque, puis, quand la sudation commence, un verre d'eau froide de quart d'heure en quart d'heure. Cette sudation précède, plus souvent elle suit la réfrigération. C'est un moyen qui a l'inconvénient d'affaiblir les malades; mais il est très-puissant, et je crois qu'on a tort de l'abandonner, car il peut rendre de grands services.

L'*impression brusque du froid* peut être produite par des fric-

(1) Ouvr. cité, p. 261.

tions avec une éponge trempée dans l'eau froide, l'application du drap mouillé, ou simplement des compresses et des ceintures imbibées d'eau froide, de grands et de petits lavements froids, des affusions d'eau froide sur tout le corps, des immersions dans un grand bain, ou dans une rivière ou dans la mer, des bains de siége froids simples ou à eau courante, enfin des douches de toutes sortes, verticales ou latérales, en colonne ou en pluie, générales, partielles ou locales. Pour ces dernières, la température de l'eau doit être de 10 à 12 degrés; elle ne doit pas descendre au-dessous de 8.

La plupart de ces moyens peuvent être employés à domicile, et le médecin doit savoir instituer pour ses malades une hydrothérapie domestique. Seulement il faut en diriger l'application avec le plus grand soin; souvent même il faut préparer les malades à l'hydrothérapie en leur donnant l'habitude des réactions et en y disposant en quelque sorte la surface cutanée.

Pour atteindre ce but, je suis dans l'usage de faire préluder à l'hydrothérapie par des frictions sèches: il est d'autant plus nécessaire d'en faire prendre l'habitude aux malades, qu'elles devront en user largement pendant le traitement hydrothérapique et continuer à les pratiquer ensuite, pour ne pas perdre les fruits du traitement. On pratique ces frictions au lever et au coucher, rapidement et légèrement, avec un tampon de flanelle ou de molleton de laine sec ou imbibé d'eau sédative (ammoniacale camphrée), avec une brosse anglaise de flanelle, avec un gant de crin, ou mieux, avec une brosse de chiendent.

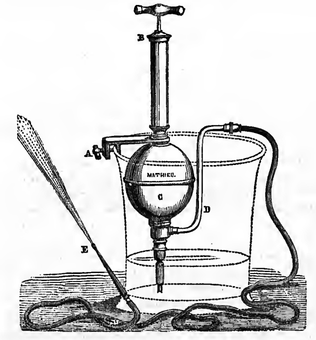
On passe ensuite aux frictions à l'eau froide avec l'éponge ou le drap mouillé. On doit les faire le matin au saut du lit, et le soir avant le dîner, de manière à faire la réaction immédiatement après.

On peut employer en même temps les compresses ou la ceinture humide. Trempées dans l'eau froide, exprimées avec soin, elles sont placées sur le bas-ventre ou autour du bassin, recouvertes d'une compresse ou d'une ceinture sèche, et par-dessus d'une toile cirée ou en caoutchouc : le tout est maintenu étroitement autour du corps et reste en place de huit à douze heures sans être renouvelé. On ne les applique qu'en été : elles sont très-sédatives. Les quarts de lavement d'eau froide pris le soir, en se couchant, et gardés toute la nuit, sont aussi rafraîchissants et sédatifs.

On en vient aux bains de siége froids, simples ou à eau courante. Suivant la durée qu'on leur donne, ils sont simplement révulsifs, ou ils deviennent également sédatifs. Mais il faut, surtout pour l'eau courante, ne pas trop abaisser la température de l'eau, et bien

préserver les malades, par une bonne réaction, des douleurs rhumatismales qu'ils provoqueraient s'ils n'étaient pas surveillés.

Mais les moyens les plus avantageux, auxquels il ne faut pas tarder d'arriver, sont les *affusions* froides et surtout les *douches*, qui joignent à la réfrigération la titillation ou la percussion, plus ou moins énergique, par lesquelles elles provoquent plus sûrement la réaction. On peut administrer les douches à domicile avec une simple pompe de jardin à jet continu, comme on en trouve partout,



Pompe à réservoir d'air et à jet continu, avec une pression suffisante pour l'administration des douches à domicile.

et mieux encore avec une pompe à réservoir d'air, comme celles de M. Charrière ou de M. Mathieu, dont la force de projection exerce une percussion plus violente et plus efficace. On se sert d'un jet unique ou d'un jet divisé par une pomme d'arrosoir. Ce dernier est généralement préférable. Les malades doivent respirer librement pendant la durée de la douche. Pour cela on a soin, après avoir frappé les pieds par la colonne d'eau, de faire remonter celle-ci le long des membres inférieurs, du bassin et des lombes, où on la maintient pendant quelques instants, puis obliquement, en dehors

vers les épaules, d'abord d'un côté, puis de l'autre, sans frapper directement la colonne vertébrale à la région dorsale, ce qui produit toujours une sensation d'étouffement. Jamais on ne douche le bas-ventre, si ce n'est légèrement avec la pomme d'arrosoir. La malade doit se frictionner et se mouvoir sous la douche pour faciliter la réaction.

Il suffit, quand on fait de l'hydrothérapie domestique, de prendre une douche par jour, soit le matin, après qu'on a quitté le lit, soit dans la journée, trois ou quatre heures au moins après le repas. La durée de la douche doit être d'abord très-courte, une minute environ; plus tard, on la prolonge peu à peu jusqu'à cinq minutes. Pour lui donner toute son efficacité, il faut commencer par déterminer de la chaleur à la peau par des frictions, une sudation, ou plutôt par la marche, par un exercice soutenu; c'est ce qu'on appelle l'action. Quand le corps est bien échauffé, la malade reçoit sa douche. Immédiatement après, on l'essuie, on la frictionne et elle recommence la marche ou l'exercice jusqu'à ce que la transpiration arrive; c'est ce qu'on appelle la réaction.

Dans les établissements hydrothérapiques, on a l'avantage d'avoir des douches très-fortes, de pouvoir en donner deux par jour, de multiplier les moyens d'action et de réaction, enfin d'employer en quelque sorte toute la journée au traitement, avec suite et régularité, sans interruption, sous la direction d'un médecin éclairé, ce qui hâte beaucoup les effets résolutifs de l'hydrothérapie. On y peut recevoir aussi des douches jumelles, c'est-à-dire alternativement chaudes et froides, alternant brusquement, et produisant des effets plus intenses de saisissement et de réaction.

Dans la plupart de ces établissements, le traitement n'est pas même interrompu à l'époque des règles. Il est certain que chez la plupart des malades cela n'a aucun inconvénient, surtout quand le traitement est bien fait, que l'on n'a recours qu'à la douche, que l'action et la réaction qui la précèdent et qui la suivent sont faites régulièrement. Pourtant, après y avoir bien réfléchi, je pense qu'il est prudent de l'interrompre, au moins les deux ou trois premiers jours, surtout de cesser les bains de siége froids, et, par-dessus tout, les bains de siége à eau courante. Aran cite un exemple d'accidents sérieux survenus parce que cette précaution n'aurait pas été prise.

Enfin je crois qu'il est utile de recourir, selon le cas, à chacun des procédés que je viens d'indiquer et de les classer en quelque sorte suivant l'ordre dans lequel on peut les employer. Je crois qu'il

est utile aussi de recourir à l'hydrothérapie faite successivement à domicile, ou dans la ville même habitée par la malade, ou dans un établissement particulier. Le séjour dans ce dernier est nécessaire, comme une cure aux eaux minérales, quand il faut obtenir une action décisive, imprimer une marche rapide au traitement; la malade doit y consacrer tout son temps et y concentrer toute son attention. Les deux autres manières d'agir, l'hydrothérapie domestique notamment, qui peut se prolonger indéfiniment, mais qui est toujours moins énergique et poursuivie avec moins de régularité, quoi qu'on fasse, sans compter le danger que courent les malades de s'enrhumer par leurs imprudences, sont réservées pour les cas moins graves, ou pour le commencement et pour la fin du traitement hydrothérapique.

Ai-je besoin de répéter, en terminant, que l'hydrothérapie ne doit jamais être employée dans les cas de maladie aiguë, ni même dans les maladies chroniques qui conservent un caractère d'acuïté ou des redoublements inflammatoires? Il faut toujours avoir apaisé ces accidents par les antiphlogistiques, les émissions sanguines, le repos, les grands bains, les purgatifs, etc. En un mot, il ne faut demander à l'hydrothérapie que ce qu'elle peut donner, et c'est beaucoup; c'est même tant, que, sans elle, il me paraît difficile de mener à bonne fin la cure de la majorité des maladies utérines.

Du traitement du tétanos par l'ammoniaque à haute dose.

La science possède un assez grand nombre d'observations de tétanos ayant eu une issue favorable; or, il est intéressant de remarquer que, dans la plupart de ces cas, on voit la surface du corps se couvrir d'une sueur abondante, et c'est pendant cette transpiration que les muscles se détendent peu à peu et que toute rigidité finit par disparaître. Aussi, de tout temps, la médication sudorifique a joué un grand rôle dans le traitement du tétanos.

C'est l'un des agents de cette médication, l'ammoniaque, que le docteur Mac-Auliffe, chirurgien de marine, vient d'essayer de tirer de l'oubli dans lequel il était tombé (¹).

Le docteur Stutz, médecin à Gmund (Souabe), passe pour avoir le premier appliqué ce médicament au traitement du tétanos; on trouve dans la *Gazette de médecine de Salzbourg* trois observations

(¹) *De l'emploi de l'ammoniaque à hautes doses dans le traitement du tétanos*, par le docteur Mac-Auliffe. Thèses de Paris, 1866.

intéressantes qui furent publiées dans le *Journal de médecine* de Sédillot [1], mais le médicament employé était l'alcali végétal (carbonate de potasse), qui ne contenait pas de préparations ammoniacales.

Fournier Pescay et François d'Auxerre [2] sont donc vraiment les premiers qui aient traité le tétanos par l'ammoniaque; leurs travaux se trouvent cités dans les livres classiques, mais nous ne leur connaissons pas d'imitateurs.

Il nous a paru curieux de rapprocher les résultats obtenus récemment de ceux vantés au commencement de ce siècle.

Obs. I. *Tétanos idiopathique. Traitement mixte par l'opium et l'ammoniaque. Guérison.* — Un quartier-maître voilier, âgé de cinquante-deux ans, anémié par de fréquents accès de fièvre intermittente contractée sur la côte d'Afrique, est exposé pendant le quart de nuit à une pluie battante; malgré la précaution qu'il prit de changer de vêtements, il ressentit longtemps l'impression du froid. Douze heures après, il éprouve de la peine à écarter les mâchoires, et bientôt survient un trismus des plus marqués. Trente-six heures après le début des accidents, il entre à l'infirmerie. A ce moment, les muscles abaisseurs et élévateurs de la mâchoire inférieure étaient contractés, et le rapprochement de la mâchoire tel qu'on pouvait à peine introduire le petit doigt entre les arcades dentaires.

Prescription : Tisane de sureau; opium 0gr,30 en douze pilules à prendre dans les vingt-quatre heures. Bain de vapeur.

Les quatre jours suivants, on élève successivement les doses d'opium à 0,90, 1gr,10, 1gr,40, 1gr,70, 2 grammes, et on soumet le malade aux inhalations de chloroforme (3 par jour) qui sont poussées jusqu'à la période de résolution musculaire; mais on ne peut obtenir qu'une détente incomplète des muscles contracturés, et aucune amélioration ne se produit.

Le huitième jour, les symptômes tétaniques sont plus marqués. Les muscles contracturés se dessinent de plus en plus; la flexion du tronc est difficile, la déglutition pénible. Le malade a eu dans la nuit quelques soubresauts tétaniques. Douleur à la pression dans les régions dorsale et cervicale au niveau des apophyses épineuses. La peau est très-sèche.

---

(1) Tome II, p. 302.

(2) *Tétanos traumatique* (1803) et *Dictionnaire des sciences médicales*.

Prescription : Suspendre les inhalations de chloroforme; 2 grammes d'opium en 12 pilules. Potion avec :

Eau....................................	600 grammes.
Ammoniaque.............................	15 grammes.
Sucre..................................	Q. S.

à prendre toutes les demi-heures par petit verre à liqueur. Dès le jour même survient une transpiration abondante.

Ce traitement est continué les jours suivants, et produit les mêmes résultats, à savoir des sueurs profuses.

Au bout de cinq jours, il y a une amélioration sensible; la roideur du tronc et du cou disparaît, et le trismus est à un degré moindre. On diminue la quantité d'opium, et on maintient la potion ammoniacale.

Au bout de dix jours, le malade était guéri.

Cette observation n'est pas très-concluante, parce que le tétanos était peu intense, et la médication a été trop complexe pour que l'on puisse en tirer des conclusions favorables à l'action de l'ammoniaque. Cependant, on peut faire remarquer que l'amélioration ne s'est produite qu'après l'administration du médicament, et jusqu'alors les symptômes tétaniques avaient été en augmentant, malgré les divers traitements employés.

Obs. II. *Tétanos idiopathique. Traitement par l'ammoniaque à haute dose. Guérison.* — Le 8 février 1862, un matelot âgé de vingt ans, robuste, occupé à travailler dans le gréement d'un navire, est surpris par un grain de pluie très-abondant. Pendant plusieurs heures il conserve ses vêtements mouillés. Le lendemain, il se plaint d'une vive douleur dans les reins et le long du rachis; en même temps, il s'aperçoit d'une certaine gêne dans les mouvements de la mâchoire inférieure. Mais ce n'est que dix jours après, le 18 février, qu'il entre à l'hôpital. A son entrée, il présente les symptômes suivants :

Décubitus dorsal, contraction des muscles élévateurs et abaisseurs du maxillaire inférieur. Les dents sont fortement serrées, et l'écartement des mâchoires est impossible. Le tronc est inflexible. On soulève le malade d'une seule pièce. La tête est dans une extension modérée; peau chaude, couverte de sueurs; face colorée, yeux larmoyants; les conjonctives sont injectées, les pupilles contractées, mais sensibles à l'action de la lumière; les lèvres sont d'une couleur rouge cramoisi. Les commissures sont tirées en dehors. Contraction des sterno-mastoïdiens. Les muscles des régions sus et

sous-hyoïdiennes participent à cet état de contraction, et immobilisent presque entièrement le larynx. Les veines jugulaires se dessinent sous la peau. Les muscles de l'abdomen sont contractés ; ils gênent singulièrement la respiration en fixant la base de la poitrine. Roideur marquée des membres thoraciques, mais surtout des membres abdominaux : pourtant on peut encore imprimer à ces parties des mouvements dans tous les sens. La marche est tout à fait impossible. Les muscles fléchisseurs et extenseurs sont également atteints; ils donnent la sensation de cordons durs et résistants. Soif vive. Le malade ressent le besoin d'aliments : depuis le 9 février il n'a pris que trois bouillons gras. La déglutition est très-difficile.

Pouls à 104, serré, dur. Respiration courte, plutôt pectorale que diaphragmatique. Le bruit respiratoire est faible.

Pas de céphalalgie. Le malade accuse des douleurs très-vives le long du rachis et particulièrement dans la région dorsale au niveau des apophyses épineuses et dans les muscles contracturés. Si l'on cherche à le soulever, s'il veut avaler, on voit se manifester immédiatement des contractions convulsives. Ces secousses reviennent à des intervalles irréguliers et très-rapprochés : elles exaspèrent la violence des douleurs ; ce n'est que depuis hier que le malade les ressent. Intégrité de l'intelligence. Insomnie depuis plusieurs jours. — Prescription : Diète ; saignée au bras de 500 grammes ; potion avec ammoniaque 15 grammes dans 800 grammes de véhicule.

Le 19. Pouls à 120, mou ; peau chaude, couverte d'une sueur abondante. Les mâchoires s'écartent l'une de l'autre de 1 centimètre environ. La déglutition et la respiration sont plus faciles. Les secousses tétaniques reviennent moins fréquemment ; douleurs du rachis moins vives. Le caillot de la saignée est volumineux, sans couenne inflammatoire. — Prescription : Potion ammoniacale *ut supra ;* saignée du bras de 200 grammes.

La potion est avalée avec facilité, quoiqu'elle occasionne une sensation de brûlure à l'arrière-gorge.

Le 20. Plus de soubresauts depuis hier midi. La rachialgie a presque entièrement disparu ; il existe encore une douleur assez vive au niveau de la huitième vertèbre dorsale qui se fait sentir quand on vient à imprimer des mouvements au malade. Les mouvements des muscles abdominaux sont plus faciles. Les mouvements latéraux du tronc deviennent possibles. Pouls à 120, peu développé, mou. Le caillot de la saignée est diffluent. La diaphorèse est moins abondante ; urines abondantes, laissant déposer une matière jau-

nâtre et dégageant une forte odeur ammoniacale. Pas de douleur dans les régions rénale et hypogastrique.

Le 21. Même état. Moiteur à la peau, diurèse, plus de rachialgie, trismus moindre. — Prescription : Potion ammoniacale *ut suprà*.

Le 22. Mieux sensible ; la quantité d'urine sécrétée n'a pas diminué ; relâchement des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen. — Même prescription, soupe.

A la visite du soir, on constate une aggravation des symptômes. Dans la journée le malade, incommodé par la chaleur, s'est plusieurs fois découvert, malgré la surveillance et les injonctions de l'infirmier de garde. Les muscles de l'abdomen ont repris leur état contractural primitif. La flexion du tronc est de nouveau impossible. Les jambes sont fléchies sur les cuisses à angle droit. Les essais infructueux d'extension auxquels le malade se livre, sur mon invitation, occasionnent des douleurs très-vives dans les muscles contracturés. Il dit avoir eu quelques soubresauts tétaniques dans la journée. On aperçoit sur la face antérieure du tronc quelques sudamina. Pouls à 70, peu développé ; température de la peau normale.

La potion ayant été entièrement consommée dans la journée, on la renouvelle.

Le 23. Transpiration abondante. Le corps est littéralement couvert de sudamina, parmi lesquels plusieurs ont le volume d'un grain de riz. Il s'est opéré un peu de détente dans l'état du malade. Urines moins abondantes que les jours précédents, offrant toujours les mêmes caractères. — Prescription : bouillon, deux potions ammoniacales à 15 grammes l'une.

Le 24. Mieux évident. La tension musculaire a considérablement diminué. Je ne prescris qu'une potion ammoniacale à 10 grammes, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Dans la nuit, retour des accidents. Une nouvelle potion contenant 10 grammes d'ammoniaque est donnée, celle qui avait été prescrite le matin étant consommée.

Les 25 et 26. Légère amélioration. — Prescription : deux potions ammoniacales à 15 grammes l'une, dans les vingt-quatre heures.

Le 27. Amélioration marquée. La dose d'ammoniaque dans les vingt-quatre heures est portée à 20 grammes.

Les 28 février, 1er et 2 mars. On alimente légèrement le malade. — Deux potions ammoniacales à 7 grammes l'une.

Les 3 et 4. Même état. — Même prescription.

Le 5. Légère aggravation des symptômes. — Même prescription.

A partir de ce jour, les symptômes morbides vont en déclinant.

Le 10 mars on cesse toute médication, et le malade sort guéri le 17 mars.

Obs. IV. *Tétanos traumatique. Traitement par l'ammoniaque. Guérison* [1]. — Un jeune enfant de treize ans avait reçu un coup de feu chargé à plomb à la base de la poitrine. La plus grande partie de la charge était restée dans la plaie. Au huitième jour de l'accident, le tétanos avec le cortége des symptômes qui le caractérisent se déclara. C'est alors que je fus mandé. Le premier jour je donnai l'ammoniaque à la dose de 2 grammes dans 125 grammes de véhicule (par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure). Quatre potions de ce genre furent administrées dans les vingt-quatre heures, soit 8 grammes d'ammoniaque.

Le lendemain j'augmentai de 1 gramme par potion la dose d'ammoniaque, soit 12 grammes dans les vingt-quatre heures. Le surlendemain je la portai à 4 grammes, soit 16 grammes d'alcali volatil par jour.

J'arrivai progressivement à 8 grammes par potion, c'est-à-dire que j'administrai 32 grammes d'ammoniaque dans les vingt-quatre heures.

Huit jours durant, le tétanos demeura immobile, entravé, n'avançant ni ne reculant. Des torrents de sueurs inondaient le malade, une éruption de sudamina eut lieu. La pointe de la langue, soumise à l'action incessante de l'ammoniaque, se dépouilla de son épithélium. Les nuits devinrent calmes, le trismus céda, les muscles des membres abdominaux se détendirent. Les muscles de la face, du cou, du tronc, qui faisaient saillie sous la peau, se relâchèrent. Je regardai le malade comme hors de danger. Nous étions au dixième jour de la maladie. Mais alors le dégoût du patient pour l'ammoniaque devint insurmontable, chaque cuillerée de la potion occasionnait une sensation de brûlure dans l'arrière-gorge. Il me demanda de vouloir bien suspendre sa potion. Je me rendis à ses sollicitations. Le lendemain je fus mandé dans la nuit : l'agitation était extrême, des cauchemars empêchaient le sommeil, le malade poussait des cris, il avait des soubresauts. Je le vis le matin de cette nuit terrible. Je fus consterné du changement qui s'était opéré en lui. Le tétanos avait reparu et présentait une intensité plus grande. Je le crus perdu.

L'ammoniaque fut administrée de nouveau à la dose de 4 grammes par potion, soit 16 grammes dans les vingt-quatre heures. A

[1] Observation due à M. le docteur Vinson.

cinq heures du soir, amélioration très-sensible. Le lendemain et le surlendemain les doses d'alcali furent portées à 20, puis à 24 grammes. Détente progressive de tous les muscles. Sommeil, amélioration rapide et guérison confirmée au bout de cinq jours.

Aujourd'hui le jeune homme qui fait le sujet de cette observation est complétement remis du tétanos traumatique qui a mis ses jours en danger, en dépit des grains de plomb restés dans la plaie et agissant pendant tout le temps du traitement comme corps irritant.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la suture des os dans les fractures compliquées ou non réunies (2e article) [1],

Par M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Au dire de John Heard (Report of cases of un-united fracture. *New-York journ. med. and surg.*, octobre 1839, p. 350), Kearny Rodgers, chirurgien de l'hôpital de New-York, a pratiqué, en 1825, la suture des fragments. M. Kearny Rodgers a pensé que si, après avoir frotté les fragments, on pouvait les tenir en contact pendant un certain temps, on obtiendrait peut-être un cal solide ; dans ces idées, après avoir scié les extrémités de l'os, il les a percées d'un trou et les a traversées d'un fil d'argent, fixant ainsi les deux fragments ensemble et les tenant en coaptation jusqu'à ce que la consolidation ait été obtenue.

John Heard pense que Kearny Rodgers a le premier pratiqué la suture des os, disant qu'il n'en a trouvé aucune indication dans les auteurs, si ce n'est dans le résumé d'une leçon clinique de Liston, qui parle de cette suture comme d'une chose peu pratique. « Cette opération, dit Liston, est un mode de procéder trop artificiel, et j'aurais peur de la contusion qui résulte inévitablement de l'opération (car cette opération ne peut se faire sans dénuder largement les os et les toucher rudement), la nécrose pourrait bien arriver, au lieu de la réunion.

Il est peu probable que K. Rodgers ait été le premier à employer la suture, car nous trouvons dans Velpeau (*Clinique*, t. II, p. 591) que, si le malade y eût consenti, M. A. Séverin voulait renouveler, raviver les bords d'une fracture de la rotule afin de les lier bien serrés

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 20.

l'un contre l'autre, dans un cas de non-réunion qui existait depuis un mois.

D'autre part, Horeau (*Journ. de méd., chir. et pharm.* de Leroux, Corvisart, etc., etc., t. X (1805), p. 195) dit qu'une opération analogue avait été proposée pour une fracture du maxillaire inférieur; par conséquent, pour avoir laissé de pareilles traces dans la science, il est vraisemblable que l'opération a été quelquefois mise en pratique, et même avec succès; néanmoins, à Kearny Rodgers revient sans conteste l'honneur d'avoir sinon inventé, au moins vulgarisé cette opération de suture, car Mott et Cheeseman se sont évidemment inspirés de sa pratique. — Voici les faits du chirurgien de New-York Hospital, que nous trouvons dans le travail de John Heard; la première observation est remarquable surtout et montre un fort beau succès.

Obs. VIII. George Westerfield, âgé de quinze ans, admis à l'hôpital de New-York, dans le service de M. Rodgers, le 25 juillet 1825, porteur d'une fracture non consolidée de l'humérus droit à deux pouces au-dessus du coude.

L'accident, résultat de la chute d'un morceau de tronc d'arbre sur le bras, est survenu en décembre 1824, dans l'Etat de l'Ohio.

D'après le récit du malade, il paraît qu'un homme de l'art a réduit immédiatement la fracture, et placé des attelles autour du bras porté dans une écharpe; douze jours après, le pansement était dérangé et la réunion qui pouvait être espérée n'existait pas, les bouts de la cassure osseuse frottaient l'un contre l'autre. — Les attelles furent réappliquées et ce traitement fut continué pendant plusieurs mois.

En juin 1825, un séton fut passé entre les fragments et serré pendant une semaine; ensuite, les attelles furent replacées pendant quatre semaines, mais la réunion ne se fit pas.

Le blessé resta sans traitement jusqu'à son arrivée à New-York en juin 1826. Un séton fut de nouveau passé à la fin de juin et entretenu pendant six mois, pendant que le bras était tenu immobile par des attelles.

Le séton ayant été essayé sans aucun succès, le patient désespérait de recouvrer jamais l'usage de son membre et refusait de se soumettre à tous les moyens qu'on lui proposait pour obtenir la consolidation de sa fracture.

Il sembla à M. Rodgers que l'on réussirait en reséquant les fragments par la méthode de White et en mettant le membre dans les conditions d'une fracture récente.

Le 31 juillet 1826, M. Rodgers fit une incision de trois pouces de longueur sur le côté externe du biceps et pénétrant jusqu'au foyer de la fracture, le fragment inférieur fut aisément attiré au dehors et reséqué dans la longueur d'un demi-pouce, le fragment supérieur ne put pas être scié de la même manière, mais, en garantissant les parties molles à l'aide d'une mince lame de bois passée derrière le bout de l'os, on put en reséquer ainsi un demi-pouce;

il était impossible d'amener les fragments en contact à cause de l'interposition constante d'un peu de tissu musculaire qu'on coupa; mais malgré cette excision, les bouts de l'os rapprochés ne tardaient pas à reprendre leur première place et à laisser un écartement d'un pouce et demi entre eux.

Pour vaincre cette tendance, le docteur Kearny Rodgers perça un trou dans le canal médullaire à travers la tige compacte de chaque fragment; il passa un fil d'argent par ces trous et retint ainsi les extrémités de l'os en coaptation.

Les extrémités du fil furent passées dans une canule qui sortait de la plaie.

L'humérus était plus mou qu'à l'état normal, et on pouvait craindre que cet état n'empêchât la formation d'un cal osseux; la plaie fut rapprochée par des bandelettes agglutinatives, le bras, entouré d'attelles, fut placé dans une gouttière à angle droit convenablement échancrée.

Le 15 août, la canule tomba de la plaie avec la ganse entière, de sorte que les bouts de l'os avaient été coupés par elle; néanmoins, les fragments continuèrent à rester dans la position qu'on leur avait donnée. N'espérant pas la consolidation osseuse de quelque temps, le bras ne fut pas examiné d'un mois durant lequel la plaie fut à peu près guérie le 8 octobre, c'est-à-dire soixante-neuf jours après l'opération; le docteur Kearny Rodgers put s'apercevoir que les fragments étaient réunis solidement, mais il ne voulut pas éprouver leur résistance par une forte traction.

Le 16 octobre, on examina de nouveau : la fracture était parfaitement réunie, le malade ne s'était pas levé de son lit pendant les deux mois qui avaient suivi l'opération.

Le 3 décembre, le sujet fut présenté à la leçon de clinique, et on put constater que son bras était parfaitement solide; l'humérus avait cependant deux pouces de longueur en moins que son congénère.

Obs. IX. Jeune Allemand de vingt-six ans, porteur d'une fracture du radius, non consolidée par l'interposition d'un faisceau musculaire.

L'opération fut faite le 10 janvier 1825; le 2 février, le fil fut retiré et le blessé sortit le 15 avril avec sa fracture bien consolidée.

Valentine Mott a guéri une pseudarthrose de l'humérus vers 1831, par la suture des fragments (John Heard, *New-York journ. of med. and surg.*, oct. 1839, p. 352), mais John Heard dit qu'il n'a pu en découvrir l'observation (1).

Plus heureux que lui, j'ai retrouvé cette indication dans les *Transact. of the New-York Academy of medicine*, t. I, 1851, et dans l'*Union médicale* de 1851, p. 457). Valentine Mott, parlant de la

(1) « Doctor Mott was likewise successful in bringing about union a case of un-united fracture of the *os brachii* by this method, but I am unable to present any authentic report of this case. »

valeur du séton dans le traitement des pseudarthroses, rapporte les observations suivantes :

Obs. X. Garçon de douze ans ; fracture non consolidée de la partie moyenne de l'humérus droit, remontant à huit mois, les fragments étaient coniques et écartés d'un pouce. — Emploi du séton sans succès depuis six mois, — nouvelle application infructueuse du séton, — suture des fragments après résection ; le fil se rompit et fut retiré très-peu de jours après, — inflammation ; néanmoins, en quelques semaines, la plaie se cicatrisa et les os furent parfaitement soudés.

Obs. XI. Homme d'âge moyen, portant une fracture de l'humérus non consolidée, avec écartement considérable des fragments. — Séton laissé infructueusement du 10 avril au 28 septembre, — résection, suture osseuse avec un fil d'archal, — rupture du fil deux ou trois semaines après ; — le 15 décembre, la consolidation était parfaite.

Cheeseman a fait deux fois la suture osseuse avec succès (John Heard, *New-York journ. of med. and surgery*, oct. 1839, p. 352).

Obs. XII. Dans le premier cas, il s'agit d'une pseudarthose de l'humérus datant de cinq mois et consolidée en trois mois.

Obs. XIII. Dans le second, c'était une fracture du fémur non consolidée. — Le 9 février 1839, l'opération fut faite, — le 19 avril la fracture paraissait consolidée, — le 15 mai, on retira l'appareil immobilisateur dans lequel avait été mis le membre après la suture, — et le 25 juillet, le malade quitta l'hôpital ayant un cal solide, mais un membre raccourci de deux pouces : *the limb being two inches shorter than the opposite one.*

Le docteur Prestat (de Pontoise) a communiqué à la Société de chirurgie, le 27 février 1861, et publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 mars de la même année (p. 118), une observation de fracture double du maxillaire inférieur, dans laquelle on trouve deux applications de la suture des fragments faites avec succès ; en voici le résumé :

Obs. XIV. « Le 1er août 1860, G***, cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, dormait assis sur l'un des chevaux de sa charrette, quand il perdit l'équilibre et tomba ; la roue de la charrette, chargée de fumier et pesant environ 2,000 kilogrammes, lui passa sur la face et sur le côté gauche de la poitrine.

« Lorsque je vis G***, le 2 août à six heures du soir, je constatai une fracture de la sixième côte gauche et une énorme contusion du côté gauche du thorax, une luxation de l'extrémité externe de la clavicule et une fracture de la voûte acromiale. Une double fracture du maxillaire inférieur avait divisé cet os en trois fragments, un médian et deux latéraux.

« La réduction s'opérait facilement, mais il était impossible de maintenir la coaptation, les deux fragments latéraux étaient entraînés en haut par la contraction musculaire, le fragment antérieur, au contraire, entraîné par son poids, glissait en bas et en arrière au-dessous des latéraux ; la fracture du côté droit était oblique d'avant

en arrière et de haut en bas, celle du côté gauche était verticale.

« Une circonstance toute particulière ajoutait encore à la difficulté du traitement : la bouche est depuis longtemps dépourvue du plus grand nombre des dents, la mâchoire supérieure n'en a qu'une; à l'inférieure, il n'existe plus que les incisives, les canines, les deux premières molaires droites, la première et la quatrième molaire gauche. — Sur le fragment droit il n'y a aucune dent; sur le gauche, la quatrième molaire est restée solidement enchâssée dans son alvéole, bien que la fracture ait eu lieu à son niveau. Le premier jour, je dus me contenter d'un simple pansement.

« Le 3 août, je voulus en vain maintenir réduite la fracture; mais malgré une fronde appliquée avec le plus grand soin, le fragment postérieur glissa de nouveau en arrière et en bas.

« Le 4 et le 5, réaction fébrile très-intense. La gravité de ce cas et la difficulté de maintenir la coaptation m'engagèrent à demander conseil à M. Morel-Lavallée, qui vint voir G*** le 11 août.

« Le gonflement énorme des parties molles ne lui permit pas de placer ce jour-là son appareil de gutta-percha. Enfin, le 19 août, bien que la manœuvre fût très-difficile au milieu de ce gonflement, M. Morel réussit à placer son appareil. Ce chirurgien, avec une très-petite vrille, perça non sans peine une portion du fragment postérieur droit, qui faisait saillie hors de la gencive déchirée, puis, ayant enlacé un fil de fer, réunit autour du collet les deux dernières dents de ce côté, passa dans le trou qu'il venait de percer l'un des bouts et obtint, en le tordant avec l'autre, une coaptation exacte de la fracture de ce côté.

« A gauche, il entoura avec un autre bout de fil de fer les deux dents canine et première molaire et la quatrième molaire qui était sur le fragment postérieur; mais, tant à cause de l'intervalle d'un centimètre situé entre les dents, par suite de l'absence de deux molaires, que de la contracture du muscle temporal, la coaptation est imparfaite et les deux fragments ne se touchent que par une petite surface; l'appareil en gutta-percha fut appliqué assez facilement. La tendance au déplacement obligeait M. Morel-Lavallée à laisser, contre son habitude, le fil de fer dans son moule.

« Du 20 au 25, abcès dans la joue droite, érysipèle, fièvre, diarrhée, subdélirium.

« Le 27, l'appareil en gutta-percha se soulève à gauche, et la fracture de ce côté est le siége d'une grande mobilité, je soupçonne que le fil de fer a glissé sur les couronnes très-usées des dents.

« Le 28, j'enlève l'appareil et je constate, en effet, que le fil de fer a glissé sur les dents ; la fracture de droite est bien maintenue. Je me résous à imiter à gauche ce qu'avait fait à droite M. Morel-Lavallée, je perfore avec une petite vrille le fragment moyen à 5 millimètres de son bord supérieur, et à l'endroit où manquent la deuxième et la troisième molaire, l'anse de fil de fer est passée dans le trou, puis tordue trois fois et fixée autour de la dent molaire du fragment postérieur. Je réussis par ce moyen à affronter les deux fragments dans la moitié de leur hauteur et surtout à diminuer de beaucoup la mobilité. Le moule de gutta-percha fut ensuite placé.

Le soulagement fut très-marqué; pour la première fois G*** put avaler un potage épais.

« Le 15 septembre, je trouve l'esquille du fragment postérieur droit détachée, et j'enlève le fil de fer devenu inutile. Le fil de fer gauche avait coupé le bord supérieur de l'os maxillaire. Comme une faible adhérence empêche le déplacement, je ne cherche pas à replacer le fil de fer. — Troisième application de l'appareil en gutta-percha.

« Le 12 octobre, l'appareil est enlevé. La mobilité des fragments est encore manifeste, mais il est évident que des adhérences encore molles réunissent les fragments; en portant un stylet dans les fistules du menton et de la gencive, on rencontre une large surface nécrosée.

« Le 16, nouvelle application du bandage, qui est enlevé chaque jour pour nettoyer la bouche.

« Du 17 au 20, extraction de petites esquilles; au commencement de décembre, la solidité de la mâchoire est assez grande pour que sans appareil le fragment du milieu suive parfaitement les mouvements des branches verticales de l'os.

« Dans le courant du mois, extraction de la première molaire et de la canine droite devenues branlantes, enlèvement de l'unique dent de la mâchoire supérieure, qui contond la fracture de droite.

« Le 24 janvier, extraction d'une esquille.

« Le 31, les fistules sont complétement fermées.

« Quelques jours après, on constate que les fractures de la mâchoire sont consolidées : celle de droite d'une manière régulière, celle de gauche avec une différence de niveau d'un centimètre. »

Obs. XV. M. Follin a obtenu également un succès par la suture métallique, ainsi qu'on le lit dans la *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 848, mais je n'ai pas trouvé d'autre indication bibliographique qui me mît sur les traces de l'observation détaillée, et je ne puis en donner actuellement de plus amples détails.

Obs. XVI. M. Brainard (de Chicago) a fait une suture des os, ainsi que je le vois dans un rapport fait par lui à la Société médicale de l'Illinois en mai 1860 (*Report on surgery made to the Illinois medical Society at his annual meeting, may* 1860, *by Daniel Brainard, chairman of the committee and late president of the Society*, etc., etc.). En effet, il dit à la page 87 : « En suivant ces idées (la perforation sous-cutanée du foyer de la pseudarthrose), j'ai été capable de réussir en procurant la réunion dans seize ou dix-sept cas de fracture non réunie ou de pseudarthrose, que j'ai traités par cette méthode. Dans un cas elle échoua, ainsi que le séton et la résection; ce cas fut guéri trois ans après la fracture, en fixant les fragments ensemble avec un fil de fer. »

Obs. XVII et XVIII. C'est évidemment de la suture et non de la ligature dont il veut parler ici, car il dit plus loin qu'il a réussi deux autres fois sur le fémur avec la fixation des bouts de l'os par un fil métallique, et une de ces deux observations, publiée par la *Gazette médicale* de 1849, p. 928, ne laisse aucun doute sur la nature de l'opération, comme on le verra quand je m'occuperai de ce dernier moyen d'immobilisation directe des fragments; cependant,

il y a dans le travail de M. Brainard quelque chose d'insaisissable qui fait qu'on ne sait jamais s'il parle de la ligature ou de la suture des fragments.

Obs. XIX. M. Cooper (de San Francisco) a donné dans *the Cincinnati Lancet and Observer*, juillet 1859, l'observation d'une fracture du fémur datant de deux ans, guérie par la suture métallique. Il fit une incision de six pouces à la partie externe de la cuisse et réunit les bouts très-obliques de l'os par trois fils métalliques passés dans des trous percés au foret. Il tint la plaie ouverte à l'aide d'une large mèche, immobilisa le membre et fit des irrigations froides. La plaie des téguments fut maintenue ouverte pendant trois mois, après lesquels on retira les fils, et la consolidation fut parfaite.

M. Cooper insiste sur les avantages qu'il y a, dans les opérations du genre de celle qu'il a pratiquée, à maintenir la plaie béante et à en obtenir la cicatrisation du fond à la superficie. D'après lui, on évite de cette manière les fusées purulentes, si souvent funestes dans cette circonstance. Cette règle, que l'auteur base sur plus de quarante observations qui lui sont personnelles, s'applique aussi bien aux résections articulaires qu'au traitement des fractures non consolidées (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 573).

J'avoue que je ne saurais partager complétement l'opinion du chirurgien de San Francisco touchant le pansement de la plaie extérieure. Que la réunion par première intention soit un beau idéal que l'on poursuit sans jamais l'atteindre, quand on rapproche exactement tous les téguments, je le veux bien ; mais que l'on maintienne au contraire la plaie béante quand même, c'est un autre idéal au moins aussi funeste pour le malade sur lequel on veut l'obtenir. Par conséquent, enregistrons le succès de M. Cooper pour ce qui est de la suture, sans cependant vouloir le suivre pas à pas dans les détails ultérieurs de son opération.

Obs. XX. M. Cooper a fait avec succès, une autre fois, cette opération de la suture dans une fracture double du maxillaire inférieur non réunie.

Obs. XXI. Il y a réussi également pour une pseudarthrose de l'humérus datant de quatre ans, dont voici le sommaire : emploi d'un fil d'argent retiré au bout de six semaines, guérison complète; le malade reprit son métier de charpentier. (*Dublin Medical Press*, 1861, p. 63 ; *Gaz. hebd.*, 1861, p. 848.)

Enfin, M. Cooper dit avoir réussi plusieurs fois en employant la suture dans les fractures de la rotule, mais n'ayant pas trouvé le travail qui donne le détail du nombre et des conditions de ces opérations, je me borne à en citer seulement l'indication. La *Gazette hebdomadaire* désapprouve formellement cette dernière pratique de M. Cooper, à cause des chances qu'il y a d'ouvrir l'articulation en suturant la rotule, et pour ma part j'arrive, par l'étude attentive des fractures de l'os sésamoïde du genou, à trouver qu'en effet faire une suture osseuse à la rotule est une opération d'autant plus grave qu'elle n'est pas justifiée suffisamment par la nécessité d'agir.

M. le professeur Gosselin m'a cité de nombreux faits de sa pratique, dans lesquels les fonctions du membre n'avaient nullement

été gênées par un écartement plus ou moins considérable des fragments de la rotule, même alors qu'il n'y avait pas de lien fibreux entre eux, et moi-même j'ai observé un cas entre autres, qui me paraît bien de nature à démontrer que la mobilité des fragments, dans les fractures de la rotule, ne porte le plus souvent aucune atteinte aux fonctions du membre abdominal. Il s'agit d'un employé de l'octroi du Havre, M. X*** qui, servant dans l'artillerie en Algérie, reçut, en 1845, une balle morte qui lui fractura la rotule droite en trois portions : — un fragment supérieur et deux inférieurs; une arthrite traumatique se développa et se termina par résolution, mais empêcha l'application du bandage approprié, et lorsque le blessé put marcher, le fragment supérieur était distant de plus de 8 centimètres des inférieurs pendant la flexion du genou.

J'ai examiné M. X*** en 1864, le muscle droit antérieur était notablement atrophié, le morceau supérieur de la rotule qui pouvait être mis au contact des autres par l'extension de la jambe, remontait au milieu de la cuisse à chaque mouvement du membre, et cependant la marche s'exécutait de la manière la plus parfaite. M. X*** peut actuellement encore faire plusieurs kilomètres à pied, comme un homme parfaitement conformé, et je crois que personne n'a jamais deviné à sa démarche qu'il avait eu le moindre accident au genou.

Obs. XXII et XXIII. M. Stanley a donné, dans le *Dublin medical Press* du 2 août 1854, p. 65, deux observations de l'opération de Dieffenbach. La première fois, il s'agit d'une fracture des deux os de la jambe compliquée de plaie, qui n'était pas consolidée après huit mois. — Introduction de quatre chevilles d'ivoire. — Une d'elles est absorbée entièrement. Les autres sont érodées comme un os attaqué de carie. — La guérison est complète (l'observation ne dit point en combien de temps) (1). Le deuxième cas est une fracture du corps du fémur; le résultat fut insuffisant, on recourut à l'amputation et on constata alors que les deux bouts de l'os étaient séparés par un faisceau musculaire.

Obs. XXIV. M. Teale (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLIII, p. 552) a fait une opération analogue à la première de M. Stanley.

Obs. XXV. Mon excellent ami le docteur Fauvel (du Havre) a pratiqué, le 14 septembre 1865, une suture osseuse pour une fracture compliquée de la jambe.

Voici les renseignements sommaires qu'il m'a donnés dans une lettre du 18 du même mois :

« Monsieur et très-honoré confrère,

«... Mardi dernier, j'ai pratiqué effectivement une suture du tibia brisé en deux fragments qu'il était impossible de maintenir dans la

(1) L'observation de cette fracture est rapportée en détail dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLIII, p. 552. On peut y voir que la fracture datait de deux ans et que trois chevilles sont restées à demeure dans l'os.

même direction. Le fragment *inférieur* se portait opiniâtrément *en avant*. La fracture était oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière ; mais d'une obliquité peu marquée. Une vaste plaie laissait à nu le foyer de la fracture et les fragments dans une étendue de 6 à 8 centimètres. La suture se fit très-facilement. La plaie était à la partie antéro-interne de la jambe et laissait la face antérieure du tibia tout à fait à nu. Les parties molles étaient décollées sur la face postéro-interne, mais restaient adhérentes sur la face externe. Il m'eût été difficile de percer le tibia transversalement, plus difficile encore de saisir et de guider le fil d'argent dans l'espace interosseux pour le réintroduire dans l'autre trou. Je perçai donc l'os d'avant en arrière. La coaptation était parfaite et il y avait lieu d'espérer un beau succès. Le blessé avait dix-neuf ans et l'accident lui était arrivé deux jours auparavant : une roue pesamment chargée lui avait passé sur la jambe. Indépendamment de cette fracture, il avait une vaste contusion du dos et des lombes avec un épanchement sanguin sous-cutané. L'accident lui était arrivé à quatre lieues du Havre, et il était resté huit à dix heures dans une étable, la jambe baignant dans une quantité considérable de sang qu'il avait perdu.

« Il mourut subitement jeudi, quarante heures après la suture, quatre jours après l'accident.

« Un accouchement m'empêcha d'assister à l'autopsie que fit mon interne. Il ne put découvrir d'embolie, malgré toute l'attention qu'il mit à chercher cette lésion. Le cœur et les gros vaisseaux étaient exsangues, ne contenant ni caillot ni sang fluide. Rien autre chose à noter. »

En additionnant toutes les opérations de suture des os qui sont venues à ma connaissance, on voit que la science possède aujourd'hui vingt-cinq observations incontestables de cette opération, ainsi réparties suivant les divers chirurgiens :

Velpeau........................	1
Laugier........................	1
Follin........................	1
Flaubert........................	2
Dieffenbach........................	3
Kearny Rodgers........................	2
Valentine Mott........................	2
Cheeseman........................	2
Stanley........................	2
Teale........................	1
Cooper........................	3
Prestat........................	1
Brainard........................	3
Fauvel........................	1
	25

Si nous recherchons les cas pathologiques pour lesquels on l'a pratiquée, nous trouvons :

Psoudarthroses..................	20
Fractures récentes................	5
Indéterminées....................	2
	25

Enfin, voici le tableau des opérations de suture d'après la région où elle a été appliquée :

	Succès.	Insuccès.	Demi-succès.	Total.
Humérus...........	8	1	1	10
Radius.............	1			1
Fémur.............	4			4
Jambe.............	3	1 (1)		4
Maxillaire inférieur.	2			2
Indéterminées.......	4			4
				25

La liste que je présente n'est pas le bilan réel des opérations de suture osseuse pratiquées depuis le commencement du siècle ; c'est seulement le total de ce que j'ai pu recueillir en compulsant les principaux ouvrages de chirurgie, les collections des grands journaux de médecine de Paris. Il doit nécessairement m'en être échappé un certain nombre. Les journaux anglais et américains en renferment aussi probablement plusieurs dont on n'a pas parlé en France et qui ne sont pas venus à ma connaissance.

Je ne présente pas les chiffres de cette énumération avec une autre pensée que celle d'appeler l'attention des travailleurs sur la suture osseuse. Je n'ai pas la prétention d'arguer de près ou de loin du chiffre imposant des succès relativement à celui des insuccès pour présenter la suture sous un jour plus favorable, car je crois qu'obéissant tout naturellement à un sentiment inhérent à l'esprit humain, on s'est autant hâté de publier les cas de réussite qu'on s'est efforcé de laisser dans l'oubli ceux dans lesquels l'opération n'avait produit aucune amélioration ou avait été suivie d'accidents ; mais néanmoins, en admettant même que pour ce chiffre de succès que je signale on dût compter un nombre double, triple d'insuccès, il n'en reste pas moins incontesté qu'une opération qui réussit

(1) Je compte comme insuccès le cas de M. Fauvel (du Havre), et il suffit cependant de lire l'observation sommaire rapportée plus haut pour constater que la mort ne saurait être imputée à l'opération de la suture, mais bien au traumatisme qu'a entraîné la fracture elle-même.

un aussi grand nombre de fois d'une manière absolue, est bien digne d'être conservée dans la pratique, d'autant qu'on peut espérer de la voir être d'une utilité sérieuse, quand son *modus faciendi* et ses indications seront suffisamment déterminés.

D'ailleurs, cette opération est vue d'un bon œil par Malgaigne (*loc. cit.*, p. 323), qui dit que, dans certains cas de chevauchement des fragments et en particulier lorsqu'ils sont séparés et mobiles dans les tissus, la résection lui paraît la seule ressource rationnelle si on la complète par la suture des fragments, qu'il appelle un véritable progrès. Malgaigne ajoute qu'il a vu dans les temps trois anciennes fractures non consolidées de l'humérus, qu'il ne savait comment guérir à cause de la mobilité des fragments, et qu'il n'hésiterait pas désormais à les traiter par la suture.

M. Brainard (de Chicago) dit dans son travail que cette suture est une précieuse ressource dans le cas où les autres méthodes connues échouent (*loc. cit.*, p. 90), et à la page 92 du même travail, en parlant de la résection, il ajoute : « Quand on l'emploie, je pense que les bouts de l'os doivent toujours être fixés ensemble par un fil métallique. »

Enfin, la meilleure raison qu'on puisse donner en sa faveur, c'est l'énumération que je viens de faire des opérateurs qui y ont eu recours. Quand MM. Velpeau, Laugier, Flaubert, en France ; Dieffenbach, en Allemagne ; Valentine Mott, Brainard, en Amérique, l'ont essayée et en ont le plus souvent obtenu de bons résultats, on peut l'envisager favorablement.

D'après les détails que j'ai donnés en rapportant les vingt-cinq observations précédentes, avec les figures schématiques qui précèdent, il est inutile de définir et de décrire la suture des os, et je ne m'occuperai actuellement que de deux points de son *modus faciendi* : 1° le moyen de perforer la substance osseuse ; 2° le lien coaptateur.

1° *Moyen de perforer l'os.* — Pour perforer les os, les chirurgiens se sont servis, tantôt d'un poinçon, tantôt d'une petite vrille, tantôt d'un foret ; pour ma part, j'ai employé, dans mes expériences sur les animaux, un instrument que j'ai emprunté à l'arsenal des bijoutiers et des dentistes, le *drill*. Cet instrument a été assez heureusement modifié par mon excellent ami le docteur Fauvel, et je ne peux mieux fixer les idées à son sujet qu'en rapportant ce qu'il en a dit dans la *Gazette des Hôpitaux* (octobre 1865) ;

« Ayant eu l'occasion de voir pratiquer la suture des os par mon ami le docteur Bérenger-Féraud, j'ai songé à un moyen de modifier l'instrument dont il se servait, et qui n'est autre chose que

l'outil connu sous le nom de *drill* par les dentistes et ouvriers en métaux, afin de le rendre plus facilement applicable dans les divers cas où son emploi peut être réclamé.

« Voici la figure de l'instrument, qui ressemble beaucoup au drill ordinaire et dont je vais faire remarquer les différences :

« 1° Le foret, au lieu d'être plat sur ses deux faces, est une moitié de cylindre, disposition qui renforce beaucoup la mèche perforatrice sans augmenter le diamètre des trous qu'elle fait ;



Fig. 3.

2° Sur ce foret est un curseur mobile *c* qui permet d'agir pendant tout le temps sans crainte de dépasser le champ que l'on s'est fixé et de transpercer les parties molles sous-jacentes après avoir fait un trou à l'os ;

« 3° L'écrou est muni d'un manche latéral *b* qui donne une plus grande force à l'opérateur ;

« 4° L'instrument est muni d'une articulation au point *a* pour permettre au manche d'osciller dans tous les sens. C'est là surtout qu'est, à mon avis, la modification importante de l'instrument, car la main qui tient le drill au contact de l'os et qui le pousse pour faire mordre le foret n'a pas besoin d'agir suivant un plan mathématique perpendiculaire au trou de l'os, et n'expose plus par sa déviation à la rupture de la mèche perforatrice.

« J'ai pratiqué à maintes reprises des sutures osseuses sur le cadavre avec cet instrument ; je m'en suis même servi une fois déjà sur le vivant dans une fracture compliquée de la jambe, et j'ai manœuvré le drill ainsi modifié beaucoup plus facilement que le drill ordinaire. »

2° *Lien coaptateur de la suture.*— On voit par les observations qui précèdent que la nature du lien coaptateur de la suture a peu varié ; tantôt c'est un fil à ligature ordinaire (Flaubert, Laugier),

tantôt un fil métallique (Velpeau, Flaubert, Rodgers, etc., etc.), tantôt aussi c'est une cheville d'ivoire (Dieffenbach, Cooper).

Il y a là deux grandes méthodes différentes : celle de la cheville, celle du fil métallique ou organique. Je ne puis dans ce moment entrer dans la discussion de leurs avantages et de leurs inconvénients respectifs, sous peine de donner à mon travail une longueur trop considérable. Je me borne à dire qu'entre le fil métallique et le fil ordinaire le choix ne saurait être douteux, c'est le premier qui est préférable ; un fil d'archal bien recuit, suffisamment mince et bien malléable, ou un fil d'argent réunissant ces qualités, est le fil le meilleur à mon avis. La méthode de Dieffenbach n'est applicable que quand la section de l'os est bien oblique et parfaitement régulière ; mais, en revanche, cette méthode a l'avantage de rendre l'union de l'os très-solide.

On ne peut préconiser ni rejeter d'une manière absolue une des deux méthodes. Il est nécessaire de discuter en détail les indications et les contre-indications de chacune d'elles ; ce que je ferai ultérieurement.

J'arrête ici mon étude sur la suture des os. Je n'ai, pour ainsi dire, fait qu'exposer l'état actuel de la science sur la matière, et je n'ai pas voulu entrer dans les détails des expériences que j'ai entreprises sur les animaux, pour approfondir la question si intéressante de l'anatomie pathologique des os qu'on a traversés par des fils ou des chevilles, parce que, dans ce moment, il me semble opportun d'appeler l'attention sur le moyen de thérapeutique chirurgicale au point de vue pratique seulement. Quand j'aurai achevé mes expériences sur les animaux et recueilli de nouvelles observations de cette méthode dans la chirurgie humaine, je reprendrai la question sous un point de vue différent pour la compléter.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur un nouveau glycérolé, la glyconine,

Par M. Edmond Sichel.

Dans une note insérée au *Répertoire de Chimie appliquée*, j'ai signalé une propriété du jaune d'œuf assez imprévue, et qui, dès cette époque, m'a paru devoir conduire à des applications utiles.

On sait que le jaune d'œuf contient une quantité considérable de

matière grasse, constituant ce que l'on a longtemps employé et ce que l'on emploie encore quelquefois comme topique, sous le nom d'*huile d'œuf;* aussi le jaune d'œuf ne se dissout-il pas dans l'eau, avec laquelle il forme seulement une émulsion opaque. On pouvait croire qu'il se comporterait avec la glycérine comme avec l'eau, mais il n'en est rien ; le jaune d'œuf semble se dissoudre dans la glycérine, ou du moins le mélange de ces deux corps est presque transparent. L'interprétation de cette réaction m'a quelque temps embarrassé. Fallait-il admettre qu'il y avait dissolution véritable ? Mais la glycérine ne dissolvant pas les corps gras, on aurait été amené à conclure que l'huile ne préexiste pas dans le jaune d'œuf, et se forme sous l'action de la chaleur ou des dissolvants. Il me paraît plus probable que la *glyconine* (pour désigner en un seul mot le mélange de glycérine et de jaune d'œuf) n'est qu'une émulsion dans laquelle les globules de matière grasse et le liquide qui les enveloppe ont sensiblement le même degré de réfringence [1], et cette opinion est corroborée par l'action de l'eau, qui trouble la glyconine et la change en un liquide évidemment émulsif.

Quelle que soit la constitution intime de la glyconine, on pouvait supposer qu'elle participerait aux propriétés thérapeutiques de ses composants ; la *glycérine*, qui n'en est plus à faire ses preuves, et l'*huile d'œuf*, dont l'emploi n'a été abandonné que par suite de la difficulté que l'on éprouve à se le procurer dans un état satisfaisant de conservation. Or, la glyconine est inaltérable ; un échantillon a pu en être impunément laissé exposé à l'air libre pendant une période de trois ans. Sa consistance est celle du miel, et elle est onctueuse comme les corps gras, sur lesquels elle a l'avantage de se laisser facilement enlever par l'eau. Elle forme à la surface de la peau saine du malade un vernis qui la protége contre le contact de l'air. Ces propriétés la rendent propre à servir à des pansements de toutes sortes, principalement dans les brûlures, l'érysipèle, les affections cutanées, dont elle calme le prurit, et les gerçures du mamelon ; son innocuité permet, dans ce dernier cas, de ne pas interrompre l'allaitement.

Je dois me borner à ces indications succinctes, justifiées par les expériences que plusieurs chefs de service des hôpitaux ont bien voulu faire sur ma prière. Leurs résultats m'ont engagé à faire con-

---

(1) On sait que les émulsions ordinaires ne paraissent opaques que par suite de changements innombrables de direction qu'éprouvent les rayons lumineux, en passant des globules en suspension au liquide ambiant, et réciproquement.

naître la composition et les principales propriétés de ce nouveau produit.

J'emploie pour l'obtenir quatre parties de jaune d'œuf et cinq parties de glycérine bien pure, que je mélange simplement au mortier.

Formules de suppositoires,

Par M. SIMPSON.

Extrait de belladone	0gr,25
Onguent mercuriel	0 ,35
Noix de galle 0gr,30, et opium	0 ,06
Acétate de plomb 0gr,30, et opium	0 ,06
Aloine	0 ,06
Savon pulvérisé	0 ,30
Gomme gutte	0 ,30
Santonine	0 ,30

Quant aux pessaires, les doses sont les suivantes :

Oxyde de zinc	0gr,90
Acétate de plomb	0 ,45
Onguent mercuriel	2 ,00
Iodure de plomb	0 ,30
Tannin	0 ,60
Alun ... } ââ	0 ,90
Cachou .. }	
Extrait de belladone	0 ,60

M. Simpson emploie aussi un grand nombre d'autres médicaments (borax, phénate de chaux, carbonate de soude, sulfate de zinc desséché, perchlorure de fer, bromure de potassium, etc.).

(*Gaz. hebdomadaire.*)

Formule pour l'administration de l'essence de térébenthine,

Par M. DANNECY.

L'essence de térébenthine est un médicament d'une administration difficile. Les potions dans lesquelles on essaye de l'incorporer sont d'une saveur détestable; les capsules dans lesquelles on l'enveloppe ont l'inconvénient de la porter à l'état de pureté en contact avec les parois de l'estomac, d'où résulte une irritation plus ou moins vive et des régurgitations extrêmement désagréables.

J'ai songé à lui donner la forme pilulaire en l'associant à la cire; voici la formule à laquelle je me suis arrêté :

Pr. Essence de térébenthine............	}	ââ parties égales.
Cire blanche......................	}	

Faites fondre à une douce chaleur; laissez refroidir; ajoutez :

Sucre blanc pulvérisé.................. Q. S.

Divisez en pilules, dont chacune devra contenir 2 décigrammes d'essence. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nous nous empressons de faire droit à la réclamation suivante, digne d'ailleurs d'intérêt à divers points de vue. F. B.

Rouen, 17 juillet 1866.

Monsieur et très-honoré confrère,

Le *Bulletin de Thérapeutique*, habituellement si exact dans ses publications, a commis dans son numéro du 15 juillet une erreur en ce qui concerne le choléra; il y est dit, à la page 47 : « Le choléra est à peu près terminé à Nantes et à Paimbœuf, mais *on l'annonce à Rouen.* » Erreur.

Le premier cas de choléra observé à Rouen l'a été en 1865, c'était un matelot soigné dans mon service, à l'Hôtel-Dieu. Le deuxième cas admis à l'Hôtel-Dieu fut celui d'un malade traité en décembre 1865. Depuis le mois de janvier, j'ai presque toujours eu des cholériques dans mes salles; leur nombre s'élève à près de 50. Il est digne de remarque que le choléra n'a constamment frappé qu'un petit nombre d'individus à la fois; presque tous les sujets atteints appartenaient à la classe ouvrière. La maladie a frappé de préférence certains quartiers, certaines maisons.

Ce choléra est bien, du reste, un vrai choléra, comme je l'ai vu en 1854 et 1855, à la Charité, pendant mon internat chez M. Rayer; la forme de la maladie diffère un peu de celle qui a dominé en 1849 et que j'ai pu suivre à l'Hôtel-Dieu de Paris lors de mon internat dans la division de M. Louis. Mes résultats prouvent que la maladie que j'observe encore aujourd'hui est bien le choléra, car j'ai perdu plus de la moitié de mes malades.

Remarquez, mon cher confrère, que le choléra, que nous avons vu régner à Paris à la fin de l'an dernier, à Caen en décembre 1865, sévit actuellement à Amiens. Il a disparu à Paris et à Caen; à Rouen il persiste, mais frappe très-peu d'individus à la fois.

Je me réserve, mon cher confrère, de revenir sur notre épidémie cholérique qui, de même que ses aînées, présente à Rouen une extension très-restreinte.

Daignez agréer, etc. LEUDET,

Directeur de l'Ecole de médecine de Rouen.

Heureux effets du sulfate de quinine dans l'éclampsie des enfants.

L'idée d'opposer à l'éclampsie le sulfate de quinine n'est pas nouvelle. Plusieurs praticiens distingués ont, en effet, essayé dans plusieurs circonstances, à cause de la similitude qui existe entre l'éclampsie et les affections larvées en général, de faire accepter l'antipériodique par excellence dans cette forme de névrose.

C'est à M. le docteur Mêlier que revient l'honneur de l'initiative; c'est lui qui, le premier, a assimilé l'éclampsie des enfants aux maladies intermittentes et qui, après avoir obtenu quelques résultats satisfaisants à l'aide du sulfate de quinine, a légué à la science médicale les fruits de ses expérimentations. Depuis la publication des recherches de ce médecin éclairé, d'autres praticiens sont bien venus tour à tour, en rapportant des succès obtenus par sa méthode, corroborer ce qu'il avait émis; mais néanmoins, il faut le dire, cette manière de considérer et de traiter l'éclampsie est restée beaucoup trop, jusqu'à présent, dans le cadre des choses oubliées.

En médecine comme ailleurs, plus que partout ailleurs peut-être, il est des méthodes qui sont malheureusement trop souvent délaissées. Tantôt c'est le scepticisme qui s'en mêle et détourne de la voie expérimentale de consciencieux praticiens; d'autres fois ce seront quelques faits de non-réussite consignés par des observateurs qui n'auront pas su tirer bénéfice du moyen qu'un inventeur a prôné. Je vois, pour mon compte personnel, bien peu de praticiens disposés à accepter les idées de M. Mêlier, idées qui, cependant, pour peu que l'on veuille y réfléchir, constituent des réalités.

Il me semble en effet très-logique de considérer l'éclampsie comme une affection intermittente à courte période, parce que, comme elle, on la voit se manifester à différentes reprises, durer un laps de temps plus ou moins long, disparaître le plus souvent tout à coup sans

laisser habituellement aucune trace de son passage, et recommencer enfin à plusieurs reprises différentes, toujours séparées par des intermissions. Ces faits, que l'observation clinique nous démontre, doivent bien nous engager à recourir à l'antipériodique qui, dans l'éclampsie, comme dans une foule d'affections intermittentes, empêche ou tout au moins atténue les accès, et cela en vertu de l'action qu'il exerce sur le système nerveux cérébro-rachidien.

Comment cette action s'effectue-t-elle, ou, en d'autres termes, est-ce à titre de tonique névrosthénique que la quinine agit, ou bien à titre d'hyposthénisant ? Je n'essayerai pas de répondre à ces questions, que je comprends être d'une solution difficile, et je vais me borner seulement à rapporter quelques faits d'observation, faits qui, je l'espère, engageront les praticiens à employer le médicament nommé plus haut dans cette redoutable névrose.

En novembre 1863, j'employai pour la première fois le sulfate de quinine chez une petite fille âgée de huit mois seulement et en proie à une éclampsie parfaitement caractérisée. Une première attaque convulsive qui eut lieu au milieu de la nuit donna l'éveil aux parents de la petite malade, qui comprirent promptement la gravité de la maladie, un premier enfant leur ayant succombé quelques années auparavant à des accidents semblables. Quand j'arrivai auprès de la petite malade, tout avait disparu depuis plus de trois quarts d'heure, et, comme l'enfant me paraissait fort bien, je me disposais à repartir, lorsqu'un second accès se manifesta subitement : les mouvements respiratoires prirent une accélération des plus marquées, les yeux devinrent immobiles et strabiques, le membre supérieur droit était violemment agité par des mouvements convulsifs ; ce dernier état se généralisa promptement, et, après quelques minutes de durée, les convulsions firent place à une rigidité tétanique générale. La face prit une teinte cyanique des plus évidentes, la salive s'écoulait par les commissures labiales et l'urine s'échappait en abondance de la vessie. A ma grande satisfaction, je vis bientôt se calmer tous ces désordres de l'innervation et à l'attaque éclamptique succéda un sommeil profond, mais duquel cependant je pouvais, par des excitations diverses, retirer la petite malade.

Je me hâtai d'aborder alors la médication quinique et j'administrai moi-même 10 centigrammes de sulfate de quinine en une seule dose. J'en prescrivis encore 30 centigrammes en six prises égales, à donner une chaque heure.

Je quittai la malade vers minuit et la revis à dix heures du matin. Les parents me rapportèrent que quelques convulsions très-

légères et de courte durée s'étaient manifestées une heure et demie après mon départ; mais que depuis rien n'avait reparu. Quatre prises du médicament avaient été données; l'enfant avait telé à plusieurs reprises. Les deux prises qui restaient furent administrées à deux heures d'intervalle. A ma visite du lendemain, je trouvai l'enfant dégagé de tout état morbide. Rien ne s'était reproduit depuis la troisième attaque. Huit jours après, le père de la jeune malade m'apprit que sa santé se maintenait.

Le 15 juin 1864, je fus appelé auprès d'un enfant de trois ans qui, depuis la veille, était devenu très-maussade et très-irascible. Après examen sérieux, je ne pus pas mieux que les parents me rendre compte de l'irascibilité du petit malade. Je m'en revins prescrivant seulement un lavement laxatif. Dans la soirée, on m'apprenait que des convulsions très-violentes venaient de se déclarer. Quand j'arrivai près du malade, l'attaque était à son déclin : les convulsions cloniques, qui avaient eu une durée fort longue, avaient complétement disparu; mais il existait un état comateux profond et une contracture des plus violentes. Les pupilles étaient dilatées et immobiles, la respiration pénible, presque stertoreuse, la face fortement injectée, les lèvres livides, le pouls d'une fréquence extrême et très-faible, et la sensibilité complétement abolie. Je fis immédiatement promener des sinapismes sur les extrémités inférieures et j'eus en même temps recours à de légères affusions d'eau froide sur la tête, et bientôt nous vîmes se dissiper tout cet appareil symptomatique grave. Craignant la réapparition des accidents, je me hâtai d'administrer du sulfate de quinine que je pus me procurer très-promptement, me trouvant à bonne portée de la pharmacie. J'en fis prendre moi-même une prise de 10 centigrammes dans un peu de café et je recommandai aux parents du petit malade d'en donner 5 centigrammes toutes les heures jusqu'à ma prochaine visite, qui eut lieu sept heures plus tard.

Je fus alors heureux d'apprendre que rien ne s'était manifesté. Le jeune enfant demandait à se lever et à manger.

Dans quatre autres cas d'éclampsie, j'ai pu constater l'efficacité de la quinine. Dans un de ces derniers cas, l'éclampsie s'était déclarée chez un enfant très-robuste, âgé de onze mois, et pendant la poussée dentaire. Dès le début des accidents convulsifs, je m'aperçus que les deux incisives externes de la mâchoire supérieure commençaient à se dessiner au-dessous du tissu gengival fortement tuméfié et douloureux, et, dès lors croyant avoir trouvé la cause de l'éclampsie, je me hâtai de pratiquer une incision cruciale dans les points cor-

respondant aux dents naissantes. Je n'obtins aucun succès de cette pratique (que je sais cependant réussir souvent) et les accès éclamptiques se manifestèrent encore plusieurs fois après cette opération. Des bains généraux prolongés, des affusions froides sur la tête, des applications de cataplasmes sinapisés sur les extrémités inférieures ne m'avaient pas mieux réussi, tandis que les accidents se dissipèrent complétement et pour ne plus reparaître, après l'administration de 25 centigrammes de sulfate de quinine divisés en cinq prises égales.

H. Sauné,
Médecin à Saint-Mézard (Gers),
ex-interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Toulouse.

BIBLIOGRAPHIE.

Parallèle de la céphalotripsie et de l'opération césarienne, par le docteur A. Guéniot, licencié ès sciences, ancien interne de la Maternité, ancien chef de la clinique d'accouchements de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. (1).

Il est, en médecine, certains sujets qui ont la malheureuse propriété de susciter d'interminables discussions. Mille fois traités et débattus par des hommes éminents, on ne les retrouve pas moins à peu près tels aujourd'hui qu'ils étaient autrefois ; les travaux, les discours s'amoncellent, les opinions se heurtent sans provoquer de solution satisfaisante pour tous, et chacun, en pareil cas, d'arguer de l'incertitude de la science pour demeurer fidèle à ses croyances et ne rien concéder à celles de ses adversaires. C'est là le propre de toutes les questions qui intéressent à la fois la théologie, la morale et la médecine. Trop souvent présentées avec une déplorable partialité, leur nature même permet de changer aisément le terrain de la discussion et de substituer aux faits médicaux et aux preuves expérimentales des appréciations ou des affirmations respectables sans doute, mais entachées de ce vice radical qu'on nomme le *parti pris*. Bien plus, ne les a-t-on pas vues parfois servir de drapeau à diverses écoles, et en quelque sorte de profession de foi aux adeptes d'une doctrine?

Parmi les questions qui se prêtent ainsi aux interprétations les plus opposées, il n'en est peut-être pas de plus étudiées et de plus

(1) Paris, Delahaye, éditeur, 1866.

controversées que ne l'est l'opportunité de l'opération césarienne comparée aux divers procédés qui ont pour but de délivrer la mère en tuant l'enfant. Certes, ce ne sont pas, semble-t-il, les matériaux qui manquent aujourd'hui pour juger en dernier ressort; et cependant les opinions des maîtres sont encore assez divergentes, les travaux sérieux et purement médicaux ont été longtemps assez rares pour expliquer l'hésitation et l'incertitude qui règnent dans beaucoup d'esprits. C'est que le nombre est petit des hommes qui ont senti qu'en pareil cas la première condition était de s'affranchir momentanément, à l'exemple d'un illustre professeur, « de tous les embarras et de tous les scrupules d'une question de conscience et de morale. » Résoudre les questions de sciences par des procédés exclusivement scientifiques, puis, une fois les solutions obtenues et proclamées, les comparer, s'il y a lieu, aux prescriptions que nous imposent les lois immuables de la morale ou de la religion, tel est le seul moyen d'éclairer les points litigieux de toute science, de limiter les discussions, d'arriver enfin à la découverte de la vérité, source unique d'où découlent les notions et les règles d'une réelle utilité pratique. Aussi les travaux conçus dans cet esprit méritent-ils d'être signalés avant tous autres à l'étude du médecin, et ils le méritent surtout quand, à des connaissances théoriques et pratiques étendues et de bon aloi, leur auteur joint une sévère impartialité et une judicieuse critique des exagérations auxquelles se laissent aller si volontiers les partisans exclusifs de chaque opinion.

C'est par ces qualités que se recommande à la lecture l'important Mémoire que vient de publier M. le docteur Guéniot : « Il faut, nous dit-il, que j'apporte dans ce travail un esprit libre et dégagé de toute préoccupation étrangère au côté purement scientifique du sujet. N'étant pas plus légiste que théologien ou moraliste, je déclare ne vouloir ni aborder ni résoudre la question au triple point de vue du droit, de la théologie et de la morale : une telle entreprise ne serait pas seulement au-dessus de mes forces, elle serait aussi téméraire qu'inopportune. » Le titre seul du travail de M. Guéniot suffit d'ailleurs pour indiquer clairement le but qu'il s'est proposé : un *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne* ne peut contenir que les points de similitude et de dissemblance de ces deux grandes méthodes opératoires; il compare leurs indications, il signale pour chacune les conditions qui en augmentent ou atténuent la gravité; il fait en tout lieu la part des exagérations, étudie les résultats, tire enfin ses conclusions de l'examen

approfondi des faits et des circonstances de toutes sortes qui les ont accompagnés.

Il ne s'agit ici, bien entendu, que de la véritable opération césarienne, c'est-à-dire de l'hystérotomie abdominale pratiquée sur la femme vivante. Seule elle mérite une comparaison soutenue avec les divers procédés de céphalotripsie. Aussi l'auteur commence-t-il, pour dégager son sujet, par éliminer l'hystérotomie pratiquée sur le cadavre, ainsi que l'hystérotomie vaginale; il exclut également de ses recherches les faits de gastrotomie simple ou laparotomie. Ainsi limité à une série de questions parfaitement définies, ce mémoire se divise en quatre parties comprenant chacune trois chapitres consacrés, le premier à l'exposé des faits qui concernent l'opération césarienne, le second à l'étude de ceux qui appartiennent à la céphalotripsie, le troisième au résumé des deux précédents et au parallèle qui en résulte.

De ces quatre parties, la première contient l'historique de ces deux méthodes chirurgicales; la seconde, une étude successive de ces deux opérations au triple point de vue de leur mode d'exécution, de leurs difficultés et de leurs suites anormales et compliquées; dans la troisième sont exposés et discutés les résultats statistiques d'où naîtront les indications respectives de ces deux opérations; enfin l'étude de ces indications et contre-indications forme la quatrième partie de ce travail que complète un résumé rapide des faits rapportés, et de leurs conséquences découlent les conclusions générales qui terminent ce Mémoire.

En menant à bien une tâche aussi ardue, M. Guéniot a fait preuve d'autant de talent critique que d'érudition. Quant au tact du praticien, il se révèle dans l'étude clinique des deux modes opératoires, dans l'appréciation raisonnée de leurs indications et dans l'exposé succinct de leurs suites. Celles-ci, quoi qu'on en ait dit, sont à peu près également fâcheuses de part et d'autre : « Malheureusement il s'en faut bien que l'hystérotomie ait toujours des suites heureuses. On peut dire, au contraire, qu'il n'est sorte de complications et d'accidents auxquels la femme ne soit exposée après cette redoutable opération. Cette proposition, déjà vraie quand les conditions sont favorables, l'est bien davantage encore lorsqu'il s'agit d'opérations pratiquées dans des conditions fâcheuses et pour ainsi dire en désespoir de cause. » Certes, après un tel jugement, on ne peut accuser M. Guéniot de partialité en faveur de l'hystérotomie; on serait plutôt tenté de lui soupçonner quelques préférences pour la céphalotripsie. Qu'on se détrompe : le tableau des

suites de cette dernière opération est tout aussi triste que le précédent. Après avoir signalé la péritonite, les inflammations pelviennes, le collapsus, l'épuisement des forces, les déchirures du vagin et de la matrice, l'arthrite suppurée des symphises, le phlegmon intrapelvien, les inflammations gangréneuses, etc., comme des suites fréquentes du broiement de la tête du fœtus, M. Guéniot est naturellement amené à reconnaître que non-seulement les cas de mort sont nombreux, mais que, dans les cas de rétrécissements considérables du bassin, les suites de l'opération sont toujours déplorables.

La partie de ce travail consacrée à l'exposition des statistiques vient confirmer ces appréciations. Les diverses listes d'opérations césariennes sont résumées et analysées avec soin. Adoptant les idées émises à ce sujet depuis quelques années, l'auteur tient un très-grand compte, pour établir le classement des faits, des conditions accessoires de toute nature qui ont pu diminuer ou aggraver les dangers de l'opération. En outre, dans la crainte que les statistiques, telles qu'elles existent, ne soient entachées d'inexactitude par le seul fait du défaut de publication de quelques cas malheureux, M. Guéniot a eu recours à un ingénieux procédé pour corriger ce défaut probable. Il a spécialement étudié la pratique des chirurgiens qui ont fait connaître le nombre total de leurs opérations, sorte de statistique qui lui a permis d'apprécier dans des conditions nouvelles la moyenne des succès et des revers. C'est en tenant compte de ces divers éléments que M. Guéniot s'élève contre l'interdit que font peser sur la césarienne quelques accoucheurs célèbres. Certes, il reconnaît comme eux que les conditions de milieux font de l'hystérotomie une opération presque toujours fatale à Paris ; mais Paris et quelques grandes villes ne constituent pas le monde entier ; aussi, quelque bien constatés que soient les dangers de la césarienne quand on la pratique au milieu de certains grands centres de population et dans les grandes maternités, l'auteur ne peut-il s'empêcher de reconnaître que la proportion des succès est relativement considérable dans les campagnes ; elle est plus que suffisante pour la justifier, et même pour faire une loi de son emploi toutes les fois que la malade se trouve placée dans un milieu bien approprié aux exigences hygiéniques de la femme en couches.

Le chapitre consacré à l'examen des statistiques de la céphalotripsie est un des plus importants de l'ouvrage et des plus riches en matériaux nouveaux. Une thèse récente, celle de M. Lauth, con-

tient le premier recueil important des faits de ce genre. 192 opérations de céphalotripsie empruntées à toutes les sources y forment une longue statistique, à laquelle on peut toutefois reprocher de ne point tenir dans l'appréciation des résultats de chaque opération un compte suffisant des conditions spéciales au milieu desquelles elle a été pratiquée. Suivant ici la même méthode que pour l'hystérotomie, M. Guéniot s'est appliqué à donner aux chiffres leur véritable valeur, en signalant pour chaque fait les diverses causes qui ont dû influer sur sa terminaison. De cet examen comparatif résulte un enseignement, à savoir : que le chirurgien doit avant tout se préoccuper des dimensions du bassin vicié. Les chiffres montrent, en effet, avec une irréfutable évidence que le nombre des insuccès s'accroît dans une énorme proportion à mesure de la diminution des diamètres. Une seconde statistique inédite et personnelle à l'auteur, présentée sous forme de tableaux détaillés, aboutit aux mêmes résultats; aussi, malgré la pauvreté relative de la céphalotripsie en documents de ce genre, les faits rappelés ou énumérés par M. Guéniot suffisent-ils pour justifier la prétention d'établir un parallèle raisonné et impartial entre la céphalotripsie et l'hystérotomie.

« L'une, est-il dit, sauve l'enfant dans l'immense majorité des cas; l'autre, à moins de mort préalable, sacrifie nécessairement le fœtus, avec la vie duquel sa réalisation est incompatible.

« Chacune d'elles compromet très-inégalement l'existence de la mère. Pour l'opération césarienne, cette différence paraît surtout dépendre des conditions de milieu et d'opportunité dans lesquelles le chirurgien se décide à opérer; pour la céphalotripsie, au contraire, cette différence est principalement subordonnée à la cause qui fait recourir à l'opération, c'est-à-dire à l'absence ou à l'existence et au degré des rétrécissements pelviens.

« La première, habituellement suivie de succès à la campagne et dans la pratique privée des petites villes, réussit rarement dans les grands centres de population, dans les hôpitaux et maternités. La seconde, au contraire, paraît moins subir l'influence des conditions extérieures... » Les succès, fréquents dans les cas de bassins normaux ou peu viciés, sont beaucoup plus rares lorsque l'angustie est notable; dans les rétrécissements très-prononcés, les succès de la céphalotripsie ne dépassent même pas, si tant est qu'ils dépassent, ceux de l'opération césarienne.

Ce parallèle, dont je cite seulement quelques-unes des phrases les plus saillantes, forme le point d'appui sur lequel M. Guéniot base la quatrième partie de son travail consacrée à l'étude des indications

et des contre-indications de ces deux opérations; ce sujet éminemment pratique ne peut guère se plier à l'analyse d'un bref compte rendu. Il est un fait cependant bien avéré sur lequel M. Guéniot ne cesse d'insister, c'est l'immense danger que comporte l'usage du céphalotribe, malgré de récents perfectionnements, dans les bassins dont le diamètre rétréci est moindre de 6 centimètres, alors même qu'il est manié par une main très-exercée. Au-dessous de ce chiffre, et sans tenir compte des limites extrêmes de 45, 40, 35 et même 28 millimètres, posées par quelques accoucheurs en renom, M. Guéniot n'hésite pas à préférer, dans l'intérêt même de la mère, l'hystérotomie à l'écrasement du fœtus, pour peu toutefois qu'on puisse assurer à l'opérée les conditions d'hygiène et de milieux propres à aider au succès de l'opération.

On résume les indications et contre-indications de l'une de ces méthodes en disant qu'elle se trouve en opposition parfaite avec les indications et contre-indications de l'autre, si bien que les indications de la césarienne constituent autant de contre-indications de la céphalotripsie et réciproquement. Pour rendre plus saillant encore cet antagonisme qui résume tout le parallèle et tout le contraste qu'on peut établir entre ces deux opérations, M. Guéniot compare ingénieusement à la taille et à la lithotritie les deux grandes méthodes chirurgicales qui font le sujet de son travail : « un calcul existe dans la vessie et menace de faire succomber rapidement le malade, si une opération heureuse ne vient l'en délivrer. Or, il n'est que deux opérations qui puissent arriver à ce résultat : la taille ou la lithotritie. Les avantages de l'une seront donc comparés aux avantages de l'autre, et toutes les causes qui paraîtront s'opposer au succès de la première deviendront en quelque sorte des indications de recourir à la seconde, et réciproquement. C'est ainsi que des raisons, décisives pour les uns, d'un caractère accessoire pour les autres, détermineront un antagonisme doctrinal et des différences de pratique dont l'opération césarienne et la céphalotripsie offrent de si nombreux et si éclatants exemples. »

Les conclusions terminales découlent de ces données dont nous avons fait l'exposition succincte. Elles font la part large à chacune des deux opérations sans jamais être entachées de l'esprit exclusif qui dépare plus d'un écrit consacré au même sujet; elles groupent et opposent tour à tour leurs avantages ou leurs défauts; elles rendent justice à chacune en l'appréciant selon ses œuvres. Nous croyons donc donner une juste idée de l'esprit général de ce travail en disant qu'il révèle un auteur profondément pénétré de la jus-

tesse d'un vieil adage que tous connaissent, que beaucoup oublient, et qui n'en est pas moins la devise de tout enseignement pratique : *in medio stat... veritas.* Dr O. Pihan-Dufeillay,

Professeur à l'École de médecine de Nantes.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation de stomatite argentique survenue dans le cours du traitement d'une paralysie par l'azotate d'argent, recueillie à l'Hôtel-Dieu de Laon dans le service de M. Guipon, médecin en chef. — La nommée H***, âgée de quarante-sept ans, couturière, entre le 4 novembre 1865, salle Sainte-Elisabeth, n° 17, pour se faire traiter d'une hémiplégie gauche complète avec paralysie de la langue et des organes de la phonation, dont elle est atteinte depuis deux mois consécutivement à une congestion cérébrale.

Trouvant trop récente la date des accidents primitifs, on tient la malade en observation jusqu'au 22 novembre, où, aucun accident ne s'étant produit, on la soumet au traitement de l'azotate d'argent en pilules ainsi formulées :

Azotate d'argent cristallisé..................	1 centigramme.
Extrait de gentiane..........................	5 centigrammes.
Thridace....................................	25 milligrammes.

Ce traitement dura environ deux mois, du 22 décembre au 19 février 1866, à raison de 1 centigramme de sel d'argent au début avec augmentation de pareille dose, tous les trois jours à peu près, jusqu'à la dose maximum de 10 centigrammes, qui fut continuée sans aucun inconvénient du 22 janvier au 10 février, où l'on se décide à suspendre la médication en diminuant rapidement de 2 centigrammes chaque jour. La malade a pris de la sorte, dans l'espace de soixante jours, 4,16 grammes d'azotate d'argent.

Le 19 février, la malade n'en prenait plus que 2 centigrammes par jour; c'est alors qu'elle se plaignit de la bouche et qu'elle présenta les signes d'une stomatite caractérisée par la tuméfaction des gencives, d'un rouge sombre, avec lisérd violet près des dents et une très-grande sensibilité de la bouche surtout à la chaleur; enfin, par l'odeur métallique non fétide de l'haleine, sans salivation. Teinte ardoisée des incisives supérieures qui existe du reste depuis quelque temps. Pas de coloration particulière de la peau. Le médicament est suspendu.

Le 20, la malade se plaint de plus en plus des accidents buccaux;

on prescrit une potion gommeuse avec 4 grammes de chlorate de potasse et un gargarisme émollient.

Le 21, on constate déjà une notable amélioration : rougeur, sensibilité et gonflement moindres des gencives. — *Même prescription.*

Le 22, amélioration plus marquée encore ; le liséré violet s'efface ; la mastication et la chaleur des aliments ne causent plus de douleurs. — *Ut suprà.*

Le 24, il n'y a plus de stomatite ; le chlorate de potasse et le gargarisme sont supprimés.

Le 5 mars, nous considérions cette observation comme close, lorsqu'il y eut un retour subit, à cette date, de la stomatite, avec moins d'intensité toutefois : simple rougeur des gencives, surtout en bas, sans gonflement.

La potion gommeuse au chlorate de potasse fut rendue pendant sept jours, après quoi les symptômes buccaux disparurent définitivement.

Cette observation prête à plusieurs remarques utiles à consigner. Et d'abord disons que le traitement argentique avait été facilement toléré et que, pendant sa durée, l'appétit avait plutôt augmenté que diminué. La paralysie, notablement moindre dans le membre abdominal, — car la malade, qui pouvait à peine s'y soutenir, marche à cette heure sans difficulté et en traînant seulement la jambe, — était restée la même dans les parties supérieures. Mais, ce qui n'avait pas encore été noté, que nous sachions, parmi les accidents pouvant résulter des préparations lunaires longtemps continuées à l'intérieur, il se produisit, après la saturation de l'économie, une stomatite d'un caractère spécial, présentant autant de différence que de ressemblance avec la stomatite mercurielle. Autre particularité, qui ne tient sans doute qu'au fait de cette saturation même, c'est que l'inflammation buccale ne s'est déclarée que lorsque le médicament avait été ramené à peu près à sa dose la plus faible.

La rechute, survenue après douze jours de guérison apparente, n'a pu aussi être prise que pour l'effet prolongé de cette saturation, comme on le voit assez souvent à la suite du traitement mercuriel, etc.

Quoi qu'il en soit, l'analogie de cause et d'effets entre cette stomatite, que nous n'hésitons pas à appeler argentique, et la stomatite mercurielle, nous porta à prescrire le chlorate de potasse, dont l'influence curative est si bien établie dans les accidents buccaux d'origine hydrargyrique, et, il faut le reconnaître, au moins pour cette observation, les résultats obtenus ont amplement justifié notre es-

poir, puisqu'en quatre jours d'abord la phlogose buccale était enrayée au point de faire croire à la guérison et que les symptômes de rechute ne cédèrent pas moins facilement, mais, cette fois, pour ne plus reparaître. Ici doit se placer une explication qui n'est qu'une hypothèse, mais hypothèse dont personne ne récusera la vraisemblance, c'est que le chlorate de potasse aurait neutralisé momentanément l'action sur la bouche des portions du médicament absorbées; qu'ensuite, l'influence argentique persistant dans l'économie, elle s'est traduite derechef par des lésions buccales affaiblies. Nouvelle preuve à l'appui de cette loi thérapeutique que, dans toute médication active, il ne faut pas persister au delà d'une certaine limite sur les moyens curatifs, surtout quand ils ne sont pas facilement éliminables, et qu'il ne faut pas moins compter sur leurs effets prolongés que sur leurs effets actuels.

Nous ajouterons en passant que, chez un autre malade de notre service, atteint de paraplégie dépendant d'une myélite chronique, les préparations lunaires ont provoqué de même quelques symptômes d'irritation buccale, que la suspension temporaire du traitement et de simples collutoires boratés ont suffi à enrayer.

Nous n'avons pour but aujourd'hui, en publiant ces notes, que de faire connaître un des effets possibles sur l'économie d'un agent trop peu connu encore ou plutôt trop peu employé à l'intérieur. Il n'est pas certain qu'on soit bien fixé sur le mode d'action des préparations argentiques, que les uns classent parmi les astringents, les autres parmi les irritants, les substituants, voire les sédatifs. Toujours est-il que nous en avons recueilli assez d'avantages pour être encouragé à y recourir, et trop peu d'inconvénients, même à la suite d'un usage prolongé, pour les prescrire avec les craintes et les hésitations du commencement de notre pratique. Il est vrai que, loin de donner, comme l'ont fait quelques médecins, des doses si élevées (jusqu'à 0gr,80) qu'on a peine à y croire, à croire surtout à la tolérance de l'économie, nous procédons avec prudence, ne débutant jamais, chez les adultes, au-dessus de 1 centigramme par jour et dépassant rarement 10 ou 15 centigrammes.

Leur combinaison avec un extrait amer et une petite quantité d'opium ou de thridace nous a paru favoriser leur tolérance de la part des organes digestifs, sur lesquels elles exercent une action irritante non douteuse, propriété que Boerhaave savait utiliser déjà en les prescrivant à titre de drastique, et que d'autres thérapeutistes de notre temps, notamment M. Trousseau, ont si bien mise à profit

comme méthode substitutive dans la dyssenterie et certaines diarrhées opiniâtres.

Est-ce à dire que l'action des sels d'argent sur la bouche qui est liée si intimement avec les différentes manières d'être des organes digestifs, soit conforme à cette donnée de l'expérience; en d'autres termes, qu'elle soit irritante pour la bouche comme pour le tube gastro-intestinal ? Non : elle n'est ici qu'indirecte, secondaire, en quelque sorte élective, de même que celle du mercure, de l'iode et de la plupart des substances actives. Ce sont de ces effets qui peuvent être plus ou moins prononcés et fréquents, suivant les individus, suivant la dose et la nature de l'agent thérapeutique, mais qui n'en sont pas moins réels, et dont la connaissance exacte profite autant à la science qu'à la sécurité de la pratique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Accidents mortels produits par l'émétique chez de jeunes enfants. Il y a quelques années (¹), à propos de l'emploi de la médication stibiée dans le croup, nous avons insisté sur les dangers que présentait ce médicament chez les enfants, et nous terminions notre travail en disant que le tartre stibié devait être toujours administré avec la plus grande réserve à cet âge. L'observation suivante, publiée par un de nos confrères les plus distingués de province, M. Dechaux de Montluçon, vient tout à fait à l'appui de cette manière de voir.

Il s'agit d'une enfant de deux ans qui, après avoir pris, sur l'ordonnance du médecin, un mélange de 45 grammes de sirop d'ipéca, 50 centigrammes de poudre *dito*, et 5 centigrammes de tartre stibié en sept cuillerées, de neuf heures du matin à midi moins un quart, le 23 mars dernier, s'éteignait à minuit. Non alitée le matin même, cette enfant, que le médecin avait à peine trouvée malade, disant que le côté gauche seul respirait moins bien, qu'il pourrait survenir une fluxion de poitrine, en vue de quoi il ordonnait le mélange précédent, cette enfant, dis-je, fut considérée comme empoisonnée. Dès la troisième dose, sa figure, sa voix, son expression ont changé. Des vomissements et des selles immodérées — *comme une lessive* — sont survenues. Effrayés du facies, des yeux creux et cernés, du visage pâle, de la voix éteinte, de la résolution des membres et de leur refroidissement, les parents ont envoyé chercher le médecin, qui trouva un aspect cholériforme, et, en apprenant que le remède avait été préparé par la *femme* du pharmacien, laissa échapper le mot d'empoisonnement. Dès lors, exhumation du cadavre le lendemain de l'enterrement, et MM. Déchaux et Dufour constatent la parfaite intégrité du tube digestif dans toute sa longueur, sans le moindre indice chimique ni anatomique d'empoisonnement. On découvre au contraire une pleurésie gauche très-accusée, avec épanchement d'un demi-verre de sérosité citrine, flocons albumineux et gélatineux adhérents, poumon rouge-brun-noir, ecchymosé, gorgé de sang, engoué, tandis que le côté droit est intact.

D'où cette conclusion que « l'émétique, remède journalier et des plus précieux, peut exceptionnellement, même aux doses les plus accréditées, produire des symptômes fâcheux et la mort elle-même par hyposthénisation,

(¹) *Bull. de Thér.*, t. LXII, p. 433.

c'est-à-dire par une action nerveuse, par une grande prostration, le brisement des forces, un affaiblissement extrême et l'anéantissement.» Et l'auteur de rappeler sommairement six cas analogues, en disant qu'il en compte plus de cent où l'émétique, à doses communes ou élevées, a produit des phénomènes effrayants et dangereux.

La conclusion pratique de tout ceci est qu'il ne faut point renoncer à l'emploi du tartre stibié, mais qu'il importe d'en régler l'emploi avec un soin minutieux. Il faut, comme l'indique M. Déchaux, charger la personne la plus intelligente de la famille de surveiller attentivement l'action du tartre stibié, et d'en suspendre, au moins momentanément, l'administration devant des effets exagérés se traduisant par des évacuations successives ou un véritable affaiblissement.

(*Gaz. de Lyon.*)

Obstruction intestinale traitée par la pompe stomacale. Nous avons publié [1] un travail du docteur David Greig sur l'insufflation de l'intestin dans l'invagination.

Voici un nouveau mode de traitement de l'obstruction intestinale mis en usage par M. Ebenezer Fleming, et sur lequel nous désirons appeler l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-neuf ans, qui avait déjà été à trois reprises atteint d'obstruction des intestins. A la suite d'une de ces crises, il eut une attaque de goutte qui céda sous l'influence de doses répétées de calomel et d'opium.

Le 25 novembre 1865, cet homme, malgré plusieurs purgatifs, fut pris de tous les symptômes d'une obstruction intestinale : vomissements noirâtres et bilieux, urine rare et fortement ammoniacale, langue sèche, pouls à 72, abdomen fortement distendu. A la percussion on trouvait dans la fosse iliaque droite une matité considérable; d'ailleurs pas de douleurs à la pression. Il fut alors décidé par le docteur Fleming que l'on injecterait, par le rectum, de l'eau chaude savonneuse, au moyen d'un tube fixé à la pompe stomacale. Ce tube, qui avait un mètre de long, passa facilement et sans causer de douleur. Mais, vu la distension déjà considérable de l'abdomen, le liquide injecté produisit une grande gêne. Il n'y eut pas encore de selle, et il ne sortit qu'une petite quantité de sérosité mousseuse. (Pilules d'hydrargyre et de jusquiame prescrites pour la nuit.)

Le lendemain, l'abdomen était de plus en plus distendu; les vomissements avaient cessé depuis la dernière nuit; pour le reste, mêmes symptômes. Il fut décidé que l'on introduirait de nouveau le long tube et que l'on injecterait dans le colon 600 grammes d'une infusion de séné additionné de sels purgatifs et de 75 grammes d'huile de térébenthine. Ce lavement ne produisit encore aucun effet.

Après quatre heures, la dilatation de l'abdomen en était arrivée au point de gêner la respiration. (2 grammes 50 de poudre de jalap. Pas de selle.)

A six heures, même lavement que dans la journée, additionné de 8 grammes de teinture d'*assa fœtida*. Pour ce dernier lavement on se servit de l'irrigateur ordinaire.

Après d'inutiles tentatives pour aller à la garde-robe, le malade pâlit tout à coup, le pouls monta subitement à 152 pulsations; l'abdomen était distendu jusqu'à sa dernière limite. Cet état ne faisant que s'aggraver, on se décida à passer de nouveau le tube, qui fut fixé à la pompe stomacale, dont on se servit comme aspirateur. Le premier effet fut de ramener des gaz, puis des matières fécales demi-fluides, plein une cuvette. On sentait nettement l'abdomen s'affaisser sous l'influence de chaque coup de piston; un soulagement très-grand fut produit sur-le-champ.

Trente grammes d'huile de ricin furent alors administrés, et pendant la nuit il y eut trois garde-robes très-copieuses. Tous les symptômes graves ne tardèrent pas à disparaître. (*Med. Times* et *Gaz. hebd.*)

Compression personnelle dans les anévrysmes. Un appareil très-simple à cet effet a été imaginé par un homme atteint d'un anévrysme poplité à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, service de M. Oré. A l'aide d'un petit tampon, d'un cachet très-étroit fixé par un jet de bande autour du bassin, il se comprimait lui-même sa fémorale avec cet appareil de son invention.

M. Oré l'a modifié en remplaçant la bande de toile par une bande en caoutchouc ayant à chaque extrémité une lanière en cuir percée de trous servant à la fixer aux crochets laté-

[1] *Bull. de Thér.*, t. LXVII.

raux du compresseur. Appliqué contre une hémorrhagie consécutive de la cuisse, avec tumeur grosse comme un œuf de poule, molle, fluctuante, soulevée par des battements artériels énergiques avec bruit de souffle, l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement, et le malade put ainsi continuer lui-même la compression sans gêne ni douleur huit jours durant. A ce moment, tout battement avait disparu ; la tumeur s'affaissa graduellement, et le vingt-deuxième jour le malade sortait de l'hôpital parfaitement guéri.

Ce petit appareil offre l'avantage de permettre aux malades intelligents de se comprimer eux-mêmes dans certains cas, et de remplacer ainsi la compression digitale qu'il n'est facile ni possible même de pouvoir employer partout. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Observation de tétanos traité avec succès par les sangsues et l'opium. M. Félix de Saint-Sardos a publié une observation de tétanos, dont il a eu le bonheur d'obtenir la guérison, chez un enfant de huit ans. L'examen le plus attentif n'a pu faire reconnaître aucune lésion traumatique à laquelle on pût attribuer la maladie. Il s'agissait là d'un tétanos idiopathique comme on en observe quelquefois chez les enfants, et la seule cause appréciable qu'on pût invoquer était l'exposition du malade au froid et à l'humidité. L'appareil symptomatique était des plus graves : trismus très-marqué, impossibilité de desserrer les dents, opisthotonos complet, dyspnée, cyanose de la face, miction difficile, constipation, rétraction du ventre. Attribuant un rôle important dans la production des phénomènes morbides à la congestion des méninges cérébro-rachidiennes, M. de Saint-Sardos eut tout d'abord recours à une forte application de sangsues tout le long de la colonne vertébrale, et ensuite à l'administration de lavements laudanisés. Au moyen de ce traitement il obtint la rémission des accidents, qui s'opéra peu à peu, et il fallut une quinzaine de jours pour arriver à la convalescence.

Il est à regretter que l'auteur de cette observation n'ait pas jugé à propos d'indiquer dans quel état se trouvait le malade après l'application des sangsues et avant l'administration du laudanum. Il eût été intéressant de savoir jusqu'à quel point les résultats obtenus à la suite de l'émission sanguine ont pu donner raison à l'opinion qui voit dans les accidents du tétanos les effets, soit d'une myélite ou d'une méningite cérébro-rachidienne, soit d'une simple congestion du cerveau et de la moelle épinière.

Il eût aussi été désirable de voir donner quelques détails de plus sur la dose de laudanum employée. (*Journal de méd. de Toulouse*, et *Journal de méd. de Lyon.*)

Des effets du brome et des bromures. Le docteur Falani vient d'indiquer ce qu'il y a à ses yeux de moins douteux parmi les faits concernant l'emploi du brome et des bromures. Voici les conclusions de son travail :

1° Le brome appliqué topiquement jouit, comme l'iode, de propriétés résolutives et caustiques; mais il ne peut être regardé comme l'équivalent de ce dernier médicament, et avant de proclamer la supériorité de ses effets, il est peut-être encore indispensable de déterminer plus nettement quelques-unes de ses propriétés.

2° On peut considérer comme établie la vertu spécifique du brome et des bromures (ou sa vertu altérante, suivant l'expression d'autres médecins), contre la diathèse et la maladie scrofuleuse, et contre les phénomènes secondaires et tertiaires de la syphilis.

3° Il est convenable de placer les bromures et particulièrement le bromure de potassium, dans la catégorie des sédatifs salins, à côté du nitrate de potasse, auquel il ressemble par ses effets diurétiques ; mais les bromures ont d'une manière beaucoup plus remarquable le pouvoir de tempérer et de produire une sédation dans les actes de la sensibilité, de l'irritabilité, tant de la vie animale que de la vie végétative.

4° Son action calmante est préférable à l'action sédative de l'opium et des substances vireuses (pour la vie végétative), parce qu'il calme sans exciter et sans causer de perturbation, accidents qui arrivent fréquemment à la suite de l'emploi de ces derniers médicaments. Mais si l'effet sédatif du bromure de potassium est plus exempt d'inconvénients, il est, en fin de compte, moins démontré.

5° Enfin, si l'on admet l'assertion des premiers expérimentateurs sans procéder à un examen rigoureux des faits allégués, on doit regarder le bro-

mure de potassium comme propre à apaiser les convulsions de toutes sortes, les mouvements du cœur, les spasmes et les agitations non convulsives, l'hyperesthésie générale et partielle, l'éréthisme des organes génitaux, aussi bien qu'à écarter les insomnies en procurant un sommeil tranquille et réparateur.

Mais, pour les motifs invoqués dans le travail de M. Fallani, ces diverses conclusions ne pourront être accueillies qu'avec beaucoup de réserve, tant que les observations n'auront pas été faites avec plus de calme et de précision. Nous n'avons pu, ajoute l'auteur, élucider davantage ce sujet, que sa nouveauté rend encore bien douteux et bien obscur. (*Gazetta med. Venete* et *Montpellier médical*, juin 1866.)

De l'emploi des bromures de potassium, d'ammonium et de cadmium dans la folie et l'épilepsie. M. Belgrave a expérimenté l'action des bromures dans la paralysie générale, la manie, la démence et l'épilepsie. Rien de bien concluant ne ressort de ce travail, mais certains détails méritent d'être signalés.

Ainsi, quelques faits sembleraient établir une sorte d'antagonisme entre le bromure de potassium et les opiacés. M. Belgrave traitait un mélancolique suicide par le chlorhydrate de morphine à un demi-grain et plus. Il substitue le bromure au narcotique, et les essaye ensuite. Aucun effet. On supprima le bromure, et la morphine, retrouvant sa puissance annihilée, fit trêve aux souffrances.

Un épileptique éprouvait des agitations hallucinatoires rappelant le *delirium tremens* et que l'opium apaisait. Le bromure de potassium les prévint. On l'ajourna. D'autres crises éclatèrent, et l'opium, dont l'action avait été éclipsée, remplit son office ordinaire.

Le bromure d'ammonium, suivant le médecin anglais, moins actif que le bromure de potassium, aurait sur lui l'avantage de ne produire ni abattement ni maigreur. Il conviendrait donc aux tempéraments débiles.

L'action du bromure de cadmium est, au contraire, beaucoup plus énergique. Un grain suffit pour amener des résultats évidents. A l'abaissement du pouls s'ajoutent des vomissements, et la prostration peut aller jusqu'à la stupeur.

Voici, du reste, les conclusions du travail :

1° Le bromure de potassium, exerçant sur l'axe cérébro-spinal une action antiphlogistique et sédative, modère l'irritation nerveuse et mentale, éloigne les accès épileptiques, et conjure les tendances congestives ; il aurait, en outre, la triple propriété de neutraliser les effets de l'opium, de résoudre, à titre d'anaphrodisiaque, l'éréthisme génital dans les deux sexes, et de modifier indirectement la nutrition et les sécrétions ; une fois établie, son action se ferait longtemps sentir, de faibles doses suffisant à la perpétuer ;

2° Le bromure d'ammonium, doué d'une moindre activité, ne produit, par compensation, ni affaissement ni abattement ;

3° Relativement au bromure de cadmium, cet agent, qui irrite les muqueuses intestinales, produit une sensation prononcée, mais passagère et de nature toute spéciale. Le système nerveux, en effet, ne serait, suivant M. Belgrave, atteint que par voie indirecte, comme à la suite des émétiques et des purgatifs. Sous ce rapport, le bromure de cadmium pourrait être assimilé au tartre stibié ou au sulfate de zinc, sauf la rapidité de son action et sa puissance triple du premier et décuple du second. (*Journal de médecine mentale.*)

Guérison de la fistule anale par la sonde à demeure. Le fait suivant mérite d'être rapporté, car il comporte un enseignement précieux, si l'expérience vient lui apporter son appui.

Un homme de trente ans fut admis à l'hôpital général de Madrid, le 10 mars dernier, avec une plaie récente et pénétrante de 3 à 4 centimètres d'étendue, à 7 centimètres environ à droite de l'anus. L'issue des matières fécales par cette plaie et du sang par l'anus indiquait leur communication. Une péritonite partielle en fut la conséquence; mais celle-ci guérie, les pansements simples de la plaie fistuleuse ne suffisant pas à en déterminer l'occlusion, et des matières fécales s'échappant sans cesse par cette ouverture, le docteur Blanco eut l'idée d'introduire dans le rectum, jusqu'au-dessus de l'ouverture interne de la plaie, un tube cylindrique en gomme de 3 centimètres de diamètre. On en devine le but. Il fut, en effet, atteint. Les matières fécales s'engagèrent

complétement par ce tube sans fluer entre ses parois et celles de l'intestin. La cicatrisation de la fistule s'opéra dès lors, quoique lentement, et la guérison fut ainsi complète sans opération. (*La Clinica.*)

Traitement de la maladie hydatique du foie. Voici les règles de ce traitement, dont l'auteur, M. John Harley, vient de vérifier l'efficacité dans un cas récent de guérison :

Il faut ponctionner la tumeur *audessus* de l'ombilic, parce que le sac, quelque volumineux qu'il soit, jouit d'une élasticité telle qu'il se contracte de manière à occuper, après son évacuation, l'épigastre ou l'hypocondre.

Il faut ponctionner avec un gros trocart, laisser la canule en place, jusqu'à ce qu'elle devienne libre dans la plaie qui commence à suppurer. On la remplace alors, non par une seule sonde (qui ne suffirait pas à vider le sac de son liquide et de ses contenus membraneux), mais par deux ou trois sondes en gomme élastique, nº 12. On doit tâcher de les disposer de façon à ce que, dans l'intérieur de la tumeur, leurs extrémités se trouvent rapprochées.

Pour faciliter la désagrégation des parois des kystes et favoriser l'inflammation adhésive, on injecte de la teinture d'iode, trois fois par jour, durant plusieurs semaines, jusqu'à ce que le malade sente que ces injections produisent une sensation de chaleur. Dans l'intervalle on injecte de l'eau créosotée (30 gouttes par litre), pour empêcher la décomposition du liquide. L'injection faite par l'une des sondes sort par les autres.

Après que les parois des kystes ont été expulsées, on injectera, soir et matin, dans la tumeur, une solution de 8 grammes de sulfate de zinc dans 1 kilogramme d'eau créosotée. Faite plus tôt, cette injection durcirait les kystes et en retarderait l'expulsion.

Enfin, on fera bien d'aider à la rétraction de la tumeur, par l'application continuelle d'un bandage serré. (*Royal medical and surgical Society of London*, avril 1866, et *Gazette médicale de Lyon.*)

Traitement des diarrhées de l'enfance. On peut résumer comme suit les résultats thérapeutiques d'un médecin allemand, M. Binz, dans les diarrhées des enfants : 1º La diarrhée des nourrissons soumis à une alimentation artificielle cède ordinairement à l'adjonction d'une cuiller à café de la solution de bicarbonate de soude (à 1/48), conseillée par Vogel, par chaque bouteille de lait. Si ce sel paraît trop rapidement résorbé pour arriver jusqu'au siége anatomique probable de la lésion, on lui substituera avec avantage le carbonate de chaux, sous la forme d'yeux d'écrevisse. Dans un petit nombre de cas de la première période de la vie, la diarrhée résiste aussi à ce remède et à tous ceux qu'on peut y opposer; la maladie dégénère peu à peu en atrophie. — 2º Dans les diarrhées d'été survenues sans cause appréciable, on se trouve surtout bien de petites doses de calomel associé à l'ipécacuanha (4 fois par jour, de 1 à 3 centigrammes de chacun, selon l'âge). Mais, si un refroidissement a amené l'indisposition, et qu'il n'y ait pas de saburres, des doses minimes de teinture d'opium atteignent le but. — 3º Les diarrhées chroniques, de causes très-diverses, cèdent particulièrement au nitrate d'argent à doses croissantes jusqu'à 0,0075 et même 1 centigramme, dont l'auteur n'a jamais vu d'inconvénients. Toutefois, dans quelques cas, ce remède est vomi chaque fois, bien que donné à très-faibles doses (de 3 1/2 milligrammes), et on le remplace alors avec avantage par les toniques et par les astringents végétaux. — 4º Les diarrhées unies à de l'atrophie et de l'anémie, et dans lesquelles il n'est pas rare de trouver du sang décomposé ou même frais, sont combattues avec un grand succès par l'iodure de fer. Parfois le sous-nitrate de bismuth échoue complétement dans de tels cas, tandis que c'est le roi des remèdes dans les diarrhées produites par des ulcérations tuberculeuses, à la dose de 1 scrupule (1,35 gramme), au moins trois fois par jour, sans que l'auteur en ait jamais eu de suites fâcheuses. On ne peut néanmoins méconnaître que, dans l'étude des catarrhes intestinaux, on soit souvent assez peu éclairé sur les causes pour être réduit à tâtonner empiriquement. (*Abeille médicale.*)

Sur l'hypertrophie sénile de la prostate. M. Devalz rapporte à des embarras mécaniques de la circulation veineuse les accidents aigus qui compliquent tôt ou tard l'augmentation du volume de la glande.

Après une courte exposition anatomique qui avait surtout pour but d'ap-

peler l'attention sur le réseau veineux prostatique et les troncs par lesquels il s'abouche avec les veines hypogastriques, il a essayé de prouver que les hypertrophies commencent par produire une dilatation de la vessie. La stase de l'urine déprime le bas-fond de cet organe, pendant que la prostate, se prolongeant en haut, forme la limite antérieure d'une loge en contre-bas qui ne se vide jamais. La vessie dilatée comprime les troncs veineux qui ramènent le sang de la prostate dans les veines hypogastriques: de là, la gêne mécanique dont il a été fait mention plus haut.

La stase du sang veineux favorise et augmente l'hypertrophie ; elle produit les exfoliations de l'épithélium de la muqueuse du col, quelquefois des ulcérations, des ruptures même du tissu prostatique. La congestion chronique, traduite au dehors par des signes certains qu'on ne constate pas ordinairement, peut passer inaperçue ; elle est révélée par les petites mais fréquentes hémorrhagies qui colorent l'urine en rouge. Cette petite hémorrhagie, souvent bimensuelle, quelquefois plus rare, calme la congestion, rend aux veines un peu de ressort, etc. ; si bien que cet état chronique, qui est déjà une grave maladie, peut être compatible avec une santé relative.

Avec des conditions atmosphériques fâcheuses, arrive le début des accidents aigus, retentissement plus ou moins marqué de l'affection déjà ancienne, mais latente. Le frisson intense, la fièvre, la suppression du mouvement nutritif, les douleurs vésicales, la purulence de l'urine, et, enfin, l'infection purulente ou l'infection putride, tels sont les traits les plus saillants qui caractérisent cette période. Ce n'est pas une maladie actuelle, mais un simple accident compliquant une maladie latente.

Le traitement consiste en lavements astringents et calmants, en émissions sanguines locales. On a pu employer avec quelque succès l'iodure de potassium ou le chlorhydrate d'ammoniaque. Mais la partie essentielle du traitement, c'est le cathétérisme pendant la période obscure ou latente du début. On peut rendre à l'orifice vésical ses dimensions, empêcher la formation de la poche vésicale sous-prostatique et supprimer ainsi la cause principale des accidents aigus. Les hémorrhagies vésicales indiquent le cathétérisme en traduisant au dehors la gêne circulatoire, l'embarras du réseau veineux prostatique.

Quand les accidents aigus sont arrivés, les émissions sanguines locales et le cathétérisme sont encore les éléments les plus essentiels du traitement. (*Société de chirurgie*, 30 mai 1866.)

Nouveau bandage contentif de la luxation sus-acromiale de la clavicule. Le bandage employé par M. le professeur Bitôt, de Bordeaux, pour prévenir le déplacement consécutif des luxations de l'extrémité externe de la clavicule, est assez compliqué. Il établit, à cet effet, un bandage ordinaire autour du thorax, puis une attelle en bois large de deux travers de doigt enveloppée de ouate et de linge fixé recouvrant l'acromion et la plus grande partie de la clavicule, il décrivit quatre à six circuits verticaux avec une longue bande dont les extrémités embrassaient la clavicule et l'attelle en haut, et en bas, le dessous de la cuisse correspondante. Cela fait, un coussinet étant placé sous l'aisselle, on fixe la main vers la partie supérieure du sternum en la plaçant entre les couches de la bande que l'on coud ensemble en la réunissant au bandage de corps. Un scapulaire en tissu élastique est tendu sur la clavicule luxée et fixé de même au bandage de corps recouvert en partie par une autre serviette maintenant le coude contre le thorax.

A l'objection de la gêne, de l'incommodité du sous-cuisse, que l'on a proposé de remplacer par un caleçon, on peut ajouter l'étonnement que l'on éprouve qu'un tel bandage ait pu être gardé soixante jours sans se relâcher, se déranger. Il a fallu un blessé modèle. Aussi bien, le principe étant admis, on pourra y apporter des perfectionnements qui le vulgariseront en le rendant plus simple et moins incommode. (*Journal de méd. de Bordeaux*.)

VARIÉTÉS.

Nouvelles du choléra, — Les renseignements suivants sont empruntés à la *Gazette hebdomadaire*. Nous avons tout lieu de les croire exacts :

L'épidémie, tout en voyageant dans les départements, ne s'aggrave pas A Amiens, notamment, la recrudescence est tombée, quoique le mal soit loin d'avoir disparu, Le nombre des victimes (de fin mai à la mi-juillet) est d'environ *onze cents*. Aucun des neuf internes accourus de Paris n'a subi les atteintes du fléau. C'est une bonne nouvelle que nous sommes heureux de pouvoir donner.

Pour ce qui concerne Paris, le silence systématique de la presse politique et des personnes placées à la source des informations, joint à la constatation indéniable d'un certain nombre de cas de choléra, a eu pour résultat, comme il y a un an, de jeter la population dans l'inquiétude. A notre connaissance, un grand nombre de familles ont déjà devancé le moment de leur départ, et d'autres ont remis à des temps meilleurs une excursion à Paris.

Ce silence fâcheux est d'autant plus intempestif, à notre avis, que l'état sanitaire de Paris est loin d'offrir des motifs sérieux d'inquiétude. Nous n'avons pu avoir les chiffres *exacts* des décès, mais nous sommes en mesure de donner, à quelques *unités* près, le chiffre des décès cholériques depuis la réapparition de l'épidémie :

17 juillet.	11
18 —	29
19 —	116
20 —	142
21 —	106
22 —	89
23 —	92
24 —	94

La mortalité cholérique, d'après les relevés du 19 et du 20 (c'est-à-dire dans les journées des 18 et 19), est donc en voie de décroissance.

Encore une victime du choléra parmi les internes des hôpitaux. M. Boussard, interne attaché au service des cholériques à l'hôpital Saint-Antoine, a succombé le 24 juillet. M. Mesnet, au nom des médecins des hôpitaux, et M. Ledentu, au nom des internes des hôpitaux, ont prononcé sur la tombe de ce pauvre jeune homme quelques paroles émues. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire l'allocution de M. Mesnet.

Messieurs,

La mort ne se lasse pas de frapper autour de nous. Quelques mois à peine nous séparent de cruelles épreuves, et, de nouveau, nous sommes aux prises avec ce redoutable fléau que rien n'arrête, ni la jeunesse, ni les légitimes espérances de l'avenir ! La part de l'hôpital Saint-Antoine est lourde, dans le tribut qu'un lui paye. Hier, c'étaient Cacciaguerra et Mocquot, aujourd'hui c'est Boussard. Il était près de nous il y a trois jours, plein de vie, accomplissant courageusement sa tâche, et prenant avec nous sa part dans cette œuvre de dévouement où l'idée du devoir nous soutient tous. Un de ses amis meurt dans ses bras, et profondément ébranlé par cette perte vivement sentie, peut-être a-t-il eu moins de forces pour résister à cet agent destructeur qui peuple aujourd'hui encore les salles de nos hôpitaux. Il a été frappé tout à coup ; le mal a pris en quelques heures ces proportions effrayantes qui défient tous nos efforts. Et, comme pour nous rendre la séparation plus cruelle, on put espérer un moment qu'il ne succomberait pas. Ce ne fut, hélas ! qu'une illusion trop tôt dissipée ; mais lui, du moins, ne vit pas venir la mort qu'il n'avait jamais craint d'affronter. Il fut saisi par elle à l'heure où il se croyait le plus sûr de lui échapper. Il put serrer vos mains amies, il put vous voir tous à son chevet, et, jusqu'au

dernier moment, il put jouir des témoignages des plus vives sympathies. Au milieu de ces douloureuses épreuves, se resserrent plus étroitement encore les lieus qui nous rattachent : nous sommes frappés du même coup, nous, vos chefs de service, vous nos internes dévoués. Mais ce qui nous encourage, c'est la conscience de conserver pures les traditions d'honneur que nous a léguées le passé. Au-dessus de cette tombe viendront s'inscrire les mots : *Devoir et sacrifice*. C'est là, messieurs, une noble devise, et nous pouvons dire avec orgueil que pas un de nous ne l'a jamais oubliée.

Adieu, Boussard, la vie pour vous commençait à peine, votre première année d'internat n'était pas achevée encore, l'avenir s'ouvrait devant vous, et tout s'écroule ! Mais vous laissez des souvenirs qui ne s'effaceront pas. Puissent nos sincères regrets, l'estime que nous avions pour vous, les larmes de vos amis, apporter quelques consolations à la douleur de votre famille. Pour nous, nous pleurons avec elle, nous partageons son deuil : comme nous avions les mêmes espérances, nous avons les mêmes tristesses, et nous adressons le même adieu.

Adieu, Boussard, adieu !

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. A. Duhamel, officier de santé à Lille, qui vient de succomber à l'âge de trente-deux ans, victime de son dévouement : il avait voulu donner des soins aux cholériques des localités voisines.

Par décrets du 7 juillet, ont été nommés dans la Légion d'honneur, en récompense de leur dévouement pendant l'épidémie cholérique :

Au grade d'officier : MM. Lherminier, chirurgien-major, médecin en chef de l'hospice civil à la Pointe-à-Pitre ; — Pellarin, médecin de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Batby-Berquin, médecin de 2e classe de la marine ; Cabre, chirurgien-major, médecin chargé de l'hospice civil à la Basse-Terre ; Duchassaing, docteur médecin au Moule ; Loyseau, second médecin de l'hospice civil à la Pointe-à-Pitre ; Richaud, médecin de 2e classe de la marine.

Par décrets ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Bossard, médecin-major de 1re classe au 76e régiment de ligue.

Au grade de chevalier : M. Bardèche, vétérinaire de 1re classe au 8e régiment de cuirassiers.

Le dernier concours pour la nomination de deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Peter et Blacher.

Un concours pour deux places de chef de clinique médicale à la Faculté de médecine vient d'avoir lieu.

Ont été nommés : MM. Cornil et Dujardin-Beaumetz.

Le concours d'agrégation près la Faculté de médecine de Paris, pour la section des sciences accessoires, est terminé. Sont nommés :

Section d'anatomie : MM. Polaillon et Perrier.

Section de chimie : M. Grimault.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches cliniques sur le bromure de potassium et sur son emploi dans le traitement de l'épilepsie,

Par M. le docteur Auguste VOISIN, médecin de l'hospice de Bicêtre.

L'attention des médecins s'étant portée depuis quelque temps sur l'utilité du bromure de potassium dans certaines affections, et en particulier dans l'épilepsie, j'ai cru le moment favorable pour l'expérimenter sur une large échelle dans mon service de Bicêtre. Ce travail est l'exposé des observations que j'y ai faites, ainsi que de celles que j'ai pu recueillir dans ma clientèle privée.

Après avoir étudié l'action physiologique du bromure de potassium [1], je dirai ce que j'ai vu de ses différents modes d'élimination et l'utilité qu'il m'a paru avoir dans l'épilepsie.

1° *Action physiologique.* — Il me paraît bon de jeter un rapide coup d'œil sur les travaux antérieurement publiés concernant l'action physiologique de ce médicament.

Suivant l'exemple de M. Pourchet, de Montpellier, MM. Ricord et Puche l'essayèrent comme antisyphilitique, succédané de l'iodure de potassium, et signalèrent des propriétés singulières de ce sel, son action sédative sur les organes génitaux, des effets d'anesthésie locale dans le pharynx et le voile du palais, et l'influence stupéfiante qu'il exerce sur le système nerveux : prostration des forces, engourdissement des mouvements, sensibilité générale plus ou moins abolie, affaiblissement de l'intelligence, amortisement du sens génital, constipation. Ces conclusions, que j'emprunte à la Thèse d'un élève de M. Puche, M. Huette (1860), donnent une idée juste de plusieurs effets du bromure, qui a été administré sous ses yeux, à des doses variant de 5 à 50 grammes par jour.

Plus tard (*Bulletin de Thérapeutique*, 1864, p. 5), l'action de ce médicament a été étudiée par M. Gubler et peut se résumer en ces termes : saveur salée et piquante dans la bouche, sensation

---

[1] Le bromure de potassium employé à Bicêtre ne contient pas de traces d'iodure de potassium. Celui employé par plusieurs malades de la ville a été, dans quelques cas, essayé par M. Vialla, pharmacien chef de Bicêtre, qui n'y a pas trouvé d'iodure de potassium.

d'âcreté dans l'arrière-gorge, sédation de la circulation et de la sensibilité générale ;

Anesthésie complète de l'isthme guttural au-dessus de la dose de 2 grammes ;

Sédation des centres nerveux médullaire et encéphalique ;

Sentiment de langueur, de faiblesse et d'abattement ;

Exagération parfois de la sécrétion rénale ;

Diminution des sécrétions des muqueuses.

Quelques mois après le travail de M. Gubler, Debout signala l'action hypnotisante du bromure de potassium.

Telles sont à peu près les recherches qui ont été faites en France sur l'action physiologique de ce médicament (1).

Les observations que j'ai prises concordent avec les opinions de Puche, Huette, Gubler et Debout, tout en ajoutant quelque chose à leurs travaux consciencieux et en rectifiant quelques-uns de leurs aperçus.

Le nombre des malades chez lesquels j'ai employé le médicament est de vingt-quatre. Tous sont épileptiques.

Pour ceux de ces malades qui sont dans mon service de Bicêtre, je me suis assuré, au moyen de l'acide nitrique et d'un papier amidonné, que le bromure de potassium ne renfermait pas d'iodure de potassium. On sait qu'en présence de l'iodure de potassium le papier amidonné prend la coloration bleue. Quant aux malades de la ville, un ou deux au plus ont pris pendant un temps du bromure ioduré ; mais je m'en suis aperçu à temps, d'après les symptômes et l'analyse du sel.

Je commencerai dans cette *première partie* à étudier l'action physiologique du sel bromuré et ses diverses voies d'élimination.

1° Les phénomènes PHYSIOLOGIQUES sont de divers ordres et portent sur plusieurs appareils :

Le tube digestif, l'appareil urinaire, les parties génitales, l'appareil respiratoire, le système nerveux, les sens, la peau et les membres.

A. *Tube digestif.* — L'ingestion du médicament ne donne lieu à des phénomènes locaux qu'à des doses élevées, de 3 à 8 grammes ; le goût du bromure est salé, peu agréable ; il détermine quelquefois des nausées. Il arrive à donner lieu, à son passage dans l'arrière-gorge, à une sensation pénible de cuisson ; aux doses de 8 et

(1) En Angleterre je citerai les mémoires de Brown-Sequard, de Mac Donnel, etc., dont on trouve des extraits dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

10 grammes, il s'accompagne quelquefois de chaleur épigastrique et de dégoût.

Tous les malades ont présenté plus ou moins rapidement de la rougeur du voile du palais, des amygdales ; une infiltration œdémateuse de la muqueuse buccale, se traduisant par la persistance de l'impression des dents, l'augmentation du volume et l'œdème de la luette. Cet œdème de la luette se reconnaît à l'allongement de cet organe et à un prolongement guttiforme qui se produit principalement lorsqu'on touche sa pointe avec une cuiller.

Les malades salivent plus ou moins, suivant les doses ; cependant, elles doivent toujours être assez considérables (de 8 à 10 grammes par jour) pour produire cet effet.

Cette salive a quelquefois une odeur très-désagréable ; elle est fétide lorsqu'il y a des phénomènes d'intoxication ; elle donne quelquefois une sensation d'amertume ; pour d'autres elle a un goût salé, pour un elle avait le goût sucré ; à quelques-uns elle donnait à l'arrière-gorge, lorsqu'ils l'avalaient, une impression cuisante ou brûlante.

J'ai trouvé là une contradiction avec ce que dit M. Gubler, à savoir : qu'il y a diminution des sécrétions des muqueuses pendant la médication bromurée ; mais comme il m'a paru impossible qu'un médecin de sa valeur n'eût pas bien observé, j'ai cherché une explication à deux faits d'observation si contraires et je suis arrivé à croire que M. Gubler a administré le bromure à des doses plus faibles que moi ou bien a fait ses observations l'été.

J'ai remarqué, en effet, que la salivation ne se produit que lorsque les doses de médicament sont considérables (de 6 à 8 grammes) ; et que, d'autre part, certains malades qui salivaient énormément pendant l'hiver et jusqu'en ces derniers temps avaient, maintenant que la température est élevée, la bouche très-sèche et ne pouvaient qu'avec peine amener dans leur bouche un peu de salive. Je pense que cette modification peut tenir à ce que la peau transpirant davantage pendant l'été, le médicament s'échappe davantage par cette voie, et ne s'élimine plus assez par la bouche pour produire de la salivation et être décelé par les procédés chimiques, ainsi que cela se fait quand la salive est surtout abondante.

La langue m'a présenté souvent à la pointe une disposition rouge intense et des saillies papillaires gênantes pour le malade ; chez plusieurs, sa face dorsale était rouge, luisante, comme vernissée.

Chez la plupart, le bromure laisse à la base une teinte jau-

nâtre, comme si l'épithélium était corrodé et coloré par le brome.

Chez deux, la langue a augmenté de volume au point que l'articulation des mots en a été gênée.

L'haleine et la bouche des malades ont toujours eu, lorsque la dose a été de 2 à 4 grammes, une odeur de brome très-prononcée, et qui devient fétide pendant les doses de 8 grammes et au-dessus.

C'est un des signes sur lesquels je compte le plus pour savoir si les malades ont pris le médicament et s'il est de bonne qualité.

Il y a quelquefois production de douleur dans les gencives et dans les dents cariées.

La SENSIBILITÉ TACTILE et aux piqûres de la langue et de la bouche, du pharynx, de l'épiglotte, ne présente AUCUNE MODIFICATION. Mais il n'en est pas de même de la sensibilité réflexe de la base de la langue, du voile du palais, du pharynx et de l'épiglotte ; elle est le plus souvent abolie dès que le malade prend des doses de 4 grammes. Cependant, plusieurs n'ont jamais perdu cette sensibilité, et le larmoiement, la nausée, suivaient immédiatement l'introduction de la cuiller dans l'arrière-gorge, quoiqu'ils prissent jusqu'à 8 grammes de bromure. J'ai, du reste, remarqué que le LARMOIEMENT réflexe disparaissait le dernier.

Le pharynx est souvent le siége d'un écoulement catarrhal, qui se traduit par la sputation fréquente de mucus concrété en petits grumeaux blanchâtres.

Les trompes d'Eustache participent rarement à ce catarrhe. Dans ce cas, il y a douleurs d'oreilles, bourdonnements et demi-surdité.

La rougeur de l'arrière-gorge est quelquefois accompagnée de gène dans la déglutition. A l'angine se joint souvent du coryza, de l'enchifrènement.

Il est rare que l'estomac ne supporte pas bien le médicament porté même à des doses élevées, malgré ce qu'en a écrit Orfila [1].

L'appétit est le plus souvent conservé; ce n'est que passagèrement qu'il est troublé; la soif est fréquemment accrue.

Les nausées sont rares.

Il se produit rarement aussi à des doses élevées (6 grammes au moins) une sensation douloureuse, cuisante et brûlante au creux épigastrique; mais elle cède facilement à du laudanum, à la diminution de la dose et à des boissons émollientes.

[1] Le bromure de potassium, introduit dans l'estomac à la dose de 4 à 8 grammes, détermine la mort, s'il n'est pas vomi, et l'on trouve à l'ouverture du cadavre la membrane muqueuse de l'estomac enflammée, sans ulcérations, ni état emphysémateux. (*Traité de médecine légale*, 4e édit., t. III, p. 68.)

La constipation est un des phénomènes les plus fréquents ; elle est très-tenace.

Ce n'est que temporairement qu'il se produit quelquefois de la diarrhée.

Un assez grand nombre de malades m'ont accusé, pendant les doses de 3 à 6 grammes, une sensation très-vive de faim, qui se produisait de deux à trois heures après les repas et se traduisait par de la *faiblesse d'estomac,* suivant leur expression. Cette sensation nécessitait impérieusement l'ingestion de quelques aliments.

Un état d'embarras gastrique se produit parfois et nécessite la diminution ou la *cessation* momentanée du médicament.

L'embarras gastrique a donné lieu chez un malade à un état catarrhal, je crois, des voies biliaires, qui s'est traduit par des douleurs hépatiques, l'augmentation du volume du foie et un ictère léger, reconnaissable à la couleur de la peau des conjonctives, de l'urine, et à la teinte briquetée de ce liquide, additionné d'acide nitrique.

B. *Appareil urinaire.* — Il existe chez tous les individus traités des particularités à noter du côté des urines, lorsque la dose dépasse 3 à 4 grammes.

La quantité d'urine est souvent accrue, et à son passage dans le canal urétral elle détermine une sensation de cuisson ou de chaleur au méat urinaire.

Elle ne renferme aux plus hautes doses ni albumine, ni sucre, ni matière colorante spéciale, *sauf le cas d'ictère.*

Cette modification dans la quantité de l'urine ne se produit pas dès le début du traitement, et même dès que les doses sont fortes ; ainsi, chez un malade qui prenait 10 grammes, la quantité d'urine n'a augmenté qu'au bout de six semaines.

C. *Voies génitales.* — La plupart des malades m'ont présenté une notable dépression, voire même l'abolition de la fonction génitale ; suppression des érections, des pollutions nocturnes involontaires, des idées génitales ; mais deux m'ont offert, au contraire, un état demi-satyriasique, des érections toutes les nuits, ou à peu près ; des rêves lascifs et des pollutions nocturnes abondantes [1].

D. *Voies respiratoires.* — Les voies respiratoires ont subi quelques modifications chez la plupart des individus traités : enrouement, aphonie, toux sèche (laryngée), voix rauque, douleur

---

[1] Le bromure de potassium employé ne renfermait pas d'iodure de potassium.

laryngée, râles sous-crépitants moyens, toux légère, oppression le plus fréquemment. Dans un cas pourtant, qui s'est présenté chez un homme affaibli et cachectique, il est survenu un catarrhe intense des ramifications bronchiques, une expectoration considérable et des phénomènes donnant l'idée d'un catarrhe suffocant.

Les crachats ont toujours été séreux ou séro-muqueux ; un malade, chez qui la dose était de 8 grammes depuis deux mois, fut atteint souvent, pendant dix minutes au plus, de toux, oppression, difficulté d'expirer, donnant un peu l'idée de la coqueluche.

E. Le *système nerveux* a offert plusieurs particularités très-intéressantes (dose de 6 grammes minimum) ; la première, par ordre d'apparition, a été la diminution de la lucidité de l'esprit, de la mémoire et de la réflexion, un engourdissement général, une diminution de l'activité, de la difficulté de rassembler ses idées, de raisonner, de se rappeler les questions posées au moment même, et par conséquent d'écrire et de parler. La parole était traînante chez quelques-uns, le langage très-incorrect ; certains mots étaient tout à fait incohérents, de même que certains autres ou quelques parties de mots écrits n'avaient aucun sens.

Des écrits de ces malades montrent une ressemblance frappante entre eux et certains aphasiques. Des lettres sont mal faites et mal placées, à contre-sens ; des syllabes et des lettres sont répétées plusieurs fois de suite, de façon à donner lieu à des mots sans aucune signification. Ces troubles dans la faculté d'écrire et de parler font ressembler complétement ces malades aux aphasiques par amnésie ; en prouvant le rôle de la mémoire, ils jettent une lumière importante sur la pathogénie de l'aphasie cérébrale ; l'aptitude à calculer était notablement amoindrie chez eux et il leur était difficile de se livrer comme avant à leurs occupations. (Voir Obs. I.)

Un cachet de profonde hébétude était empreint sur le visage lorsque la dose était de 8 grammes au moins ; il existait quelquefois des idées fixes auxquelles il était très-difficile d'arracher l'individu (dose de 8 grammes au moins).

Le caractère de quelques malades devint difficile, irascible quelquefois ; mais le plus souvent ils tombèrent dans l'apathie, l'indifférence absolue, lorsque les doses étaient très-fortes.

L'action *hypnotique* a été très-remarquable chez quelques-uns, aussi bien le jour que le soir ; ainsi, pendant leur travail, les uns étaient obligés de céder pendant quelques minutes au sommeil ; tous ne pouvaient, malgré tous les moyens essayés, résister au sommeil après le repas du soir. La nuit, le sommeil était très-

calme, contrairement à l'état antérieur, et le matin, il était difficile de les réveiller,

La sensibilité aux piqûres, au toucher, la sensation de température, n'ont offert aucune modification.

F. *Sens.* — La vue a été plusieurs fois troublée et brouillée, sans qu'il y eût des lésions appréciables à l'ophthalmoscope. La papille du nerf optique, ses vaisseaux, la rétine et ses vaisseaux, ainsi que les milieux de l'œil, ne m'ont, dans plusieurs cas, rien présenté de particulier.

Un malade qui a offert des phénomènes d'intoxication (à la dose de 10 grammes) a présenté, en même temps que l'enchifrènement, une rougeur intense des conjonctives oculo-palpébrales, du chémosis péricornéal et de la dilatation pupillaire.

G. *Peau.* — Tous les individus traités ont été atteints à des degrés variables d'acné sur différentes parties du corps, et surtout sur la face, le cuir chevelu et le dos.

L'acné s'est montré *rapidement* après l'administration de doses, même légères, de bromure (1 gramme); il s'est produit d'abord au front, au cuir chevelu, au dos, à la partie antérieure de la poitrine et aux membres.

Les membres ont été une fois le siége d'ecthyma persistant et long. Deux malades ont éprouvé de l'érythème anal et vaginal très-intense et accompagné de vives démangeaisons.

Un malade a présenté sur la face une teinte bronzée par plaques, ne disparaissant pas par la pression et le lavage, et qui n'avait aucun rapport pathogénique avec des pustules d'acné.

Cet individu n'offrait aucun signe de cachexie pouvant faire penser à la maladie d'Addison.

Un second malade présenta, au bout d'un mois de traitement à la dose de 8 grammes, une coloration jaune sale foncée de la peau et de la face.

La plupart des individus traités ont pâli d'une façon considérable.

H. *Membres.* — Les membres ont été presque toujours le siége d'un des phénomènes qu'on observe le plus rapidement à des doses élevées : je veux parler de la fatigue musculaire, d'une sensation pénible d'engourdissement, à laquelle viennent bientôt se joindre, dans quelques cas surtout, de la déséquilibration, de la titubation, la difficulté, puis l'impossibilité de la station verticale. Le malade ne peut plus tourner ni porter une lourde charge. Il est alors dans un état se rapprochant d'autant plus de l'ivresse alcoolique, que son regard est, dans ce cas, éteint, hébété et sa parole traînante.

Ce sont deux ivresses ayant plus d'un point de contact.

Les malades prenant du bromure maigrissent tous à des degrés divers, mais principalement à des doses fortes et après un traitement longtemps prolongé.

Une fois j'ai constaté de l'hydarthrose assez persistante dans les genoux.

Les malades éprouvent souvent des douleurs dans les membres inférieurs.

Je n'ai trouvé aucune modification du côté de la CIRCULATION, sauf deux cas où il y a eu des phénomènes d'intoxication et de fièvre consécutive.

Hors cela, la circulation ne m'a présenté aucun trouble. Il n'y a eu surtout aucun signe de dépression; le pouls a toujours conservé la même force, le même rhythme, la même fréquence.

La TEMPÉRATURE est restée la même. De même pour la RESPIRATION.

La MENSTRUATION ne m'a pas paru être modifiée.

L'*époque d'apparition des principaux phénomènes* varie suivant les doses et les individus. L'acné est un des premiers signes qui se produisent; il apparaît aux doses de 2 à 3 grammes. Il en est de même de l'odeur bromurée de l'haleine.

La *disparition de la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge* se manifeste ordinairement à la dose de 2 à 5 grammes. Ce signe manque cependant quelquefois à des doses de 8 et 10 grammes.

L'*affaissement de l'intelligence* ne se produit guère avant la dose de 7 grammes, ainsi que la *titubation*, qui est le plus ordinairement manifeste à 8 grammes.

L'*hypnotisme* s'observe dès la dose de 3 à 4 grammes.

Quelques individus pourtant résistent à ces actions jusqu'à la dose de 10 grammes.

Les troubles de la vue ne se produisent pas avant la dose de 8 grammes.

La suspension de l'excitation génitale ne commence guère avant la dose de 5 grammes.

EN RÉSUMÉ, l'époque d'apparition des phénomènes présente quelques variations, et les plus constants sont sans contredit l'acné, l'angine, l'haleine bromurée, la diminution des forces, la maigreur, la faiblesse de l'intelligence, la diurèse, le catarrhe des premières voies respiratoires pendant la saison froide, et la sécheresse de leurs muqueuses pendant la saison chaude.

2° *Voies d'élimination du bromure de potassium.* — Les voies

d'élimination de ce médicament sont : l'urine, la salive et la peau.

A. *Urine.* — J'ai déjà montré que l'une des principales actions du bromure était une augmentation notable dans la quantité d'urine.

J'ai recherché s'il s'éliminait par cette voie, et dans quelle proportion.

Je suis arrivé aux conclusions suivantes, au moyen de deux procédés :

Le 25 décembre, 325 grammes d'urine d'un malade prenant depuis plusieurs jours 9 grammes de bromure de potassium sont traités par l'interne en pharmacie de mon service, M. Panchèvre, sous la direction du pharmacien en chef de Bicêtre; *treize centigrammes* de bromure pur sont obtenus à l'état de cristaux cubiques. Le 20 janvier, 1,000 grammes d'urine d'un malade prenant 3 grammes de bromure donnent 95 *milligrammes* de bromure en cristaux cubiques. Plus tard, 400 grammes de l'urine de ce même malade, prenant 10 grammes de bromure, donnent 40 *centigrammes* de bromure en cristaux cubiques.

Le 1er mars, 850 grammes d'urine d'un malade prenant 12 grammes de bromure par jour sont traités par l'interne en pharmacie de mon service, qui obtient par extraction 3 *grammes* 75 *centigrammes* de bromure de potassium en cristaux cubiques. Leur solution donne, comme dans les cas précédents, un précipité caillebotté blanc avec le proto-nitrate de mercure.

Un autre jour, l'urine de ce dernier malade a été préalablement dégagée de ses sels, puis traitée par le nitrate d'argent : il s'est produit aussitôt un précipité blanc, crémeux, de bromure d'argent, qui, traité par la chaleur, s'est coagulé et dissous dans de l'hyposulfite de soude.

Cette même urine, agitée à plusieurs reprises dans des tubes, colora le doigt en jaune (action du brome).

Ainsi, deux procédés différents démontrent l'élimination du bromure de potassium par les urines : le procédé par extraction du sel, et le procédé par précipité.

Il est assez curieux de remarquer que, dans les quatre cas où ce sel a été extrait, la quantité en a été proportionnellement très-différente. Dans le premier, en effet, 13 centigrammes de sel seulement sont extraits de 325 grammes; dans le second, 0gr,095 sont retirés de 1,000 grammes; dans le troisième, 0gr,40 sont extraits de 400 grammes; et dans la quatrième, 3gr,75 sont retirés de 850 grammes. La part faite des doses de bromure, la proportion de

sel est donc à peu près dix fois moins considérable dans la première urine que dans la quatrième.

La deuxième et la troisième analyses, opérées sur le même malade (à des intervalles et à des doses différents), ne donnent pour la troisième qu'une quantité de sel d'un tiers plus forte que pour la deuxième, quoique, dans ce cas, la dose de bromure ait été trois fois plus considérable.

Ainsi les quantités éliminées ne sont nullement en rapport exact avec les doses avalées; c'est toujours cette importante et obscure question des idiosyncrasies et des terrains.

B. *Salive.* — Le bromure s'élimine aussi, à n'en pas douter, par la salive.

Je fis recueillir à plusieurs reprises, sur quelques malades, la salive du matin jusqu'à neuf heures (le médicament avait été pris la veille). Le liquide fut traité par le deuto-nitrate de mercure, et il se produisit aussitôt un beau précipité floconneux, blanc, de bromure de mercure; puis, à la partie supérieure du mélange, il se forma une zone jaunâtre très-appréciable. Du bromure de potassium, traité de même, donne le même résultat. Une salive normale ne donne rien de semblable.

Je dois dire pourtant que, dans ces derniers jours (mai 1866), j'ai essayé en vain, chez plusieurs malades qui prenaient depuis plusieurs mois du bromure à doses élevées (4 à 8 grammes), de produire le même précipité avec le deuto-nitrate de mercure. Chez un autre malade, à qui je faisais donner 8 à 10 grammes de bromure par l'anus, j'ai essayé en vain d'en retrouver trace dans sa salive. L'haleine ne présentait rien de particulier.

L'urine seule en contenait.

Je me suis demandé, en présence de ces faits, si les caractères de l'haleine et de la salive ne tenaient pas à une imprégnation locale par le médicament pendant son ingestion; mais, d'autre part, constatant la persistance de l'odeur de l'haleine huit jours après la cessation de tout traitement, j'ai persisté à mettre ces phénomènes plutôt sur le compte de l'élimination par la salive, et je me demande si ces faits contradictoires ne peuvent pas s'expliquer, comme j'ai fait pour la sécheresse de la bouche depuis la venue de la saison chaude, par la transpiration plus abondante en été et, par conséquent, l'élimination plus facile et plus grande du bromure par la peau. D'où cette conclusion, que le médicament s'éliminerait moins alors par les muqueuses des premières voies.

C. *Autres muqueuses.* — Le bromure de potassium s'élimine

aussi par la muqueuse nasale, les conjonctives oculaires, si j'en juge par le coryza et le larmoiement qui se produisent à des doses un peu élevées. J'en dirai de même de la muqueuse des voies aériennes dans quelques cas.

Je crois, en effet, qu'on ne peut attribuer qu'à cette cause le rhume qui se produit si souvent pendant une longue administration du médicament, et qui a déterminé chez deux malades des phénomènes graves de catarrhe suffocant.

D. *Peau.* — La peau me paraît être une des voies d'élimination, en raison des éruptions nombreuses, acnéiformes, qui se font rapidement à la surface.

Voici quelques extraits d'observations destinés à montrer la succession des phénomènes physiologiques et les voies d'élimination :

Obs. I. *Jeune homme de trente-deux ans, épileptique depuis treize ans. Phénomènes physiologiques produits par le bromure de potassium.* — 19 août 1865. Début de la médication à la dose de 1 gramme.

26 août. Haleine bromurée ; dose de 4 grammes.

1er septembre. 6 grammes.

6 septembre. Suppression des érections. 8 grammes.

15 septembre. Diminution de lucidité d'esprit, 92 pulsations. Parole traînante. Marche titubante ; il ressent dans les jarrets des mouvements qui le font trébucher en avant.

18 septembre. 80 pulsations de moyenne force, régulières. Sommeil très-fort, irrésistible dès le dîner, non stertoreux, calme. Ne peut ni écrire, ni rien faire ; n'a pas ses idées nettes. 8 grammes.

20 septembre. Hébétude, mêmes troubles intellectuels. Mémoire excessivement affaiblie. Mouvements gênés, malhabiles. Ne peut marcher sans être soutenu, marcherait sans cela, de travers. Titubation dans la station verticale. Brouillard devant les yeux. Acné sur la face, au cou. Haleine très-bromurée, arrière-gorge rougeâtre. Pas de nausées par la titillation de l'arrière-gorge. Sensibilité tactile et aux piqûres de l'arrière-gorge normale. Pas de malaise épigastrique. Bon appétit. Pas d'effet diurétique. Même sommeil après le dîner. 8 grammes.

26 septembre. 88 pulsations de moyenne force. Mémoire des mots, des dates, très-infidèle. Difficulté très-grande de rassembler ses idées pour faire une phrase. Il oublie tout de suite ce que je viens de lui demander ; parle, comme un enfant, de choses insignifiantes ; mots décousus sans aucun sens. Langage très-incorrect. M'a écrit sur une feuille de papier des phrases complétement décousues et

non terminées; certaines lettres chevauchent les unes sur les autres; quelques-unes manquent; d'autres sont écrites deux fois de suite ainsi que des syllabes. Ainsi les phrases suivantes copiées textuellement : « *Etant dans q.-ques dîners qui me sont oe sl-l-offrer, ou le soir a-il eraintes d'aeeès à eause—ma promenade me laisse assez tranquil, si non le eontraire se re-représitant, puisse-ee espérer mouveement très for danns les milieuse des Pr et des preds.* » Dans une autre feuille, il a cependant fait correctement sa signature et écrit les jours du mois d'août très-lisiblement et sans faute (il est vrai que ce sont des choses usuelles et pour lesquelles il ne faut pas faire agir autant de mobiles intellectuels que pour composer une phrase). Il passe la plus grande partie de son temps à écrire sa signature. 4 grammes.

29 septembre. Moins d'hébétude; idées plus nettes. Cependant il dit ne pas s'appartenir; « ce ne sont pas, dit-il, les paroles que je veux prononcer, les mots que je veux dire. » Paroles moins traînantes. Ne peut écrire encore, ou du moins les mots qu'il écrit n'ont aucun sens *à la plaee où il les met*. Pas de titubation.

4 octobre. Au bout de huit jours (à 4 grammes) il peut de nouveau copier, sans faire d'erreur, des papiers d'affaires; la mémoire est plus nette; mais il dit encore des mots insignifiants.

21 octobre. Diarrhée à deux reprises en huit jours. Urine un peu cuisante au méat. Même sommeil après le dîner. 4 grammes.

29 octobre. Salivation abondante. Plus de pustules d'acné. 4 grammes.

1er novembre. Besoin de remuer; impatience. Mouvements gênés. 6 grammes.

4 novembre. Même sommeil après le dîner. 4 grammes.

10 novembre. Humeur très-difficile. Urination abondante. Constipation. 5 grammes.

20 novembre. Humeur très-difficile. Veut sortir seul et s'échappe de chez son père pendant plusieurs heures, à plusieurs reprises; cherche des appartements, des maisons de campagne; si on le contrarie, il menace; colère. 6 grammes.

26 novembre. Il a la manie d'aller faire faire son portrait photographique et fait recommencer les épreuves plusieurs fois. Son caractère, vantard d'ordinaire, l'est énormément maintenant. Sort à plusieurs reprises sans rien manger. Paroles insignifiantes. Raisonnement impossible. 4 grammes.

Je le laisse plusieurs mois à cette même dose de 4 grammes, et les phénomènes deviennent très-supportables.

Le malade a repris, dès le mois de janvier, ses écritures ; copie des rôles avec une grande netteté, sans faire la moindre faute. Il m'écrit aussi son état hebdomadaire d'une façon assez correcte.

Aucun phénomène nouveau n'est survenu jusqu'en juin ; il conserve l'haleine bromurée, un peu d'angine; de la constipation, de l'acné sur le corps. L'appétit est bon et l'estomac ne ressent rien de cette médication prolongée; mais le malade est devenu très-maigre.

Obs. II. *B***, âgé de vingt-quatre ans. Epilepsie. Début du traitement, le* 18 *août, par* 3 *grammes de bromure de potassium.* — 25 août 1865. 4 grammes.

28 août. Miction urinaire plus fréquente. Sensibilité de l'isthme du gosier normale. 5 grammes.

8 septembre. Sputation abondante et fréquente. 7 grammes.

11 septembre. L'haleine devient bromurée, mais d'une façon peu prononcée. La sensibilité de l'isthme est normale. 8 grammes.

15 septembre. Sécheresse de la bouche et surtout de l'arrière-gorge. Arborisations de la muqueuse palatine et du voile du palais. Sensation d'étourdissement, de brouillard devant les yeux. Tiraillements dans les mollets; cela le gêne dans la station debout et la marche. Haleine *très*-bromurée.

22 septembre. Persistance des étourdissements, du trouble de la vue. Sensation de piqûre dans l'arrière-gorge, goût sucré; sensation de sécheresse buccale. Expectoration et expuition de mucus épais. Plusieurs saillies rougeâtres du volume de grains de chènevis sur la muqueuse pharyngée. Pendant la nuit, sensation de brûlure à l'épigastre. S'est levé cette nuit cinq à six fois pour uriner. Le 21, vers quatre heures du soir, a été pris sans cause d'une *envie irrésistible de dormir*, qu'il a dû satisfaire pendant quelques instants. Pas d'érection depuis quinze jours.

29 septembre. Chaleur post-sternale. Miction urinaire plus fréquente. Œdème buccal. Haleine très-bromurée. Lassitude dans les jambes; sensation d'engourdissement pénible dans les genoux et le jarret gauche; un peu d'hydarthrose dans le genou gauche. 9 grammes.

9 octobre. Salivation abondante. Expectoration de mucus épais. Arborisations nombreuses sur la muqueuse palatine pharyngée. Un peu d'hydarthrose et de douleur dans le genou gauche. Éruption d'acné sur la face et le dos. Chaleur épigastrique. 10 grammes.

15 octobre. Coryza. 6 grammes.

27 octobre. Urine vingt à vingt-cinq fois par jour; chatouillement au méat urinaire pendant la miction.

13 novembre. Larmoiement. Absence d'érections depuis le 11 septembre.

6 décembre. Plus de nausées par la titillation de la luette et de la base de la langue. Conservation de la sensibilité tactile. Troubles fréquents de la vue (brouillard). Rien d'anormal à l'ophthalmoscope. Pouls développé et fort. Inappétence. Soif vive. Dose réduite à 2 grammes.

18 décembre 1865. Mêmes phénomènes urinaires. Onze mictions en vingt-quatre heures. 6 grammes.

8 janvier 1866. Toux fréquente, grasse. Rien à l'auscultation et à la percussion.

Les phénomènes n'ont pas varié jusqu'aux derniers jours de mai.

Obs. III. *R***, cinquante ans. Epilepsie. Traitement par le bromure de potassium.* — Sputation abondante, amère. Enrouement considérable (2 grammes pendant quatre jours).

Coliques, diarrhée abondante pendant deux jours. Insensibilité réflexe (à la nausée) de l'arrière-gorge. Rougeur de l'arrière-gorge. Haleine peu bromurée. Œdème de la luette. Acné sur la face (six jours après 4 grammes).

Urine abondamment. Léger torticolis au cou en arrière. 84 pulsations, fortes (six jours après 4 grammes).

Absence d'érections consécutive au traitement.

En juillet (dose de 4 grammes), douleurs d'oreilles, bourdonnements, demi-surdité, obstruction des trompes d'Eustache, persistance de l'angine.

Obs. IV. *D***, vingt-huit ans. Epilepsie. Traitement par le bromure de potassium. Teinte bronzée de la face.* — Quinze jours après le début du traitement à la dose de 2 et 3 grammes, cessation de toute nausée pendant le chatouillement de l'arrière-gorge, mais conservation de la sensibilité tactile; rougeur de la muqueuse du pharynx, du voile du palais, des amygdales; état œdémateux de la muqueuse buccale et de la luette; existence de quatre pustules d'acné sur la face. Haleine fortement bromurée. Au bout de deux mois, pendant lesquels la dose avait été de 4 grammes, *teinte bronzée de la face, surtout par places,* qui ne disparaissait pas au lavage le plus énergique. Cette teinte persista pendant quatre mois, jusqu'au moment de son transfert dans un asile départemental. A partir du début de la teinte, le malade a éprouvé presque continuellement du malaise

général. Je n'ai rien pu découvrir de particulier dans les régions des capsules surrénales.

Obs. V. *B***. Epilepsie. Traitement par le bromure de potassium. Persistance d'érections et pollutions nocturnes. Erythème anal.* — Mêmes phénomènes des premières voies respiratoires et digestives que celles décrites pour les *deux* précédents malades. Quatre mois après le traitement par le bromure à la dose de 7 grammes par jour, rêves lascifs, érections et pertes séminales nocturnes deux ou trois fois par semaine. Pendant les deux mois suivants, même état satyriasique qui n'a diminué qu'au bout de neuf mois, la dose de bromure restant la même. Pendant toute la durée du traitement, le malade a plusieurs fois eu des démangeaisons atroces à l'anus, et que nous avons vu être produites par de l'érythème compliqué d'ulcérations qu'il s'était faites par le grattage. Cet état ne céda qu'avec peine à des moyens calmants locaux.

Obs. VI. F... *Epilepsie. Traitement par le bromure de potassium. Phénomènes graves de catarrhe pulmonaire et symptômes ataxo-adynamiques* [1]. — Quatre jours après l'administration du bromure (8 grammes par la bouche), œdème buccal, haleine bromurée légère, pas de malaise épigastrique. Quinze jours après, apparition de boutons d'acné sur la poitrine, coryza. Le pouls est fort et bat 80 fois par minute. Trois semaines après, hébétude, pesanteur de tête. Un mois après, la dose ayant été portée à 10 grammes, abattement considérable et troubles de la sensibilité; caractère voilé de la voix; gêne considérable de la prononciation; enchifrènement, rougeur et léger chémosis des conjonctives oculaires. Dilatation des pupilles. Pulsations, 92; température, 38 degrés; inspirations, 26. Déséquilibration, marche chancelante; chute en arrière; impossibilité de descendre seul de son lit. Pendant la nuit, délire calme. La dose de bromure est abaissée à 0gr,25. Face rouge sudorale. Le lendemain du début de la fièvre, toux fréquente; expectoration muqueuse, jaunâtre, d'une odeur fétide rappelant le brome. Un peu

---

(1) Un autre malade, atteint d'hémiplégie à droite et d'épilepsie, et dans un état cachectique très-prononcé, a été pris, à la suite de l'administration du bromure de potassium à la dose de 6 grammes pendant un mois, de phénomènes analogues à ceux qu'a présentés le malade de l'observation VI et auxquels il n'a pu résister. Son mauvais état général et le ramollissement cérébral que l'autopsie a révélé dans le corps strié et la couche optique gauches m'ont paru devoir entrer en ligne de compte dans l'interprétation de cet insuccès; *et d'ailleurs* la dose de 6 grammes est une dose moyenne que les malades supportent parfaitement.

d'oppression. Pulsations, 110; température, 37°,2; inspirations, 36. Le jour suivant, mieux, mais aphonie complète, somnolence. Le malade essaye de parler, mais ne peut pas achever ses phrases. Trois jours après, le mieux continue. Diminution de l'assoupissement. Il se lève sur son séant quand on s'approche de son lit. Il dit bonjour, mais on voit qu'il a une peine considérable à rassembler ses idées et à s'exprimer. L'haleine est très-bromurée et infecte. Quinze jours après, l'état est devenu normal.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'Entorse chez les enfants,

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Chez les enfants comme chez les adultes, l'entorse est une distension articulaire brusque avec ou sans déchirure des ligaments et des parties molles qui entourent l'articulation; elle s'observe le plus ordinairement dans l'articulation tibio-tarsienne, mais aussi dans toutes les articulations, et chez les enfants principalement dans celles de l'avant-bras et du poignet. C'est dire d'avance que tous les désordres qui se produisent chez les enfants qu'on soulève par les bras sont pour nous des entorses, toutes les fois que ces tractions ne déterminent ni luxation, ni fracture.

Causes. — La souplesse des articulations chez les enfants nous paraît une cause qui les prédispose moins que les adultes aux entorses. Les causes ordinaires sont les chutes, les contusions, les tractions plus ou moins fortes qui exagèrent les mouvements au delà de l'état normal, et qui déterminent la distension et la déchirure des ligaments articulaires.

Altérations pathologiques. — Ce n'est que par des expériences sur le cadavre qu'on peut bien se rendre compte, comme l'a fait Bonnet, de Lyon, des lésions produites par l'entorse, car ce n'est que très-rarement qu'on peut observer à l'autopsie une entorse récente. Les quelques cas rares qu'on peut observer sur les sujets morts avec des entorses, et surtout les expériences cadavériques, font reconnaître dans les entorses très-faibles à peine de la distension des ligaments avec légère exsudation sanguine; d'autres fois, lorsque les distensions sont observées sur des articulations qui ont

éprouvé des mouvements violents et forcés, le tissu cellulaire sous-cutané, intermusculaire et périarticulaire est déchiré dans une plus ou moins grande étendue, les petits vaisseaux sanguins sont déchirés, ce qui détermine des ecchymoses; les fibres aponévrotiques, les fibres musculaires, les gaînes tendineuses sont aussi quelquefois déchirées, et il y a de suite infiltration séreuse autour de l'articulation.

Symptômes physiologiques.—Ces symptômes sont infiniment variables suivant l'intensité : ils peuvent être passagers et instantanés ou se prolonger plus ou moins longtemps.

Une distension articulaire peut causer une douleur prompte et passagère : c'est à peine si les ligaments ont été lésés, et l'individu qui a mis son pied à faux en le tournant brusquement dans un sens ou dans un autre est quelquefois à peine cinq ou six minutes ne pouvant appuyer le pied ; mais souvent elle peut occasionner des douleurs de plus longue durée, et alors on peut constater :

1° Une douleur plus ou moins vive, autour de l'articulation malade, qui gêne les mouvements et qui, lorsque l'entorse siége au pied, empêche l'individu de marcher ; cette douleur, occasionnée par la distension des filets nerveux, de la synoviale et des parties molles qui entourent l'articulation, peut durer plus ou moins longtemps, ou cesser presque immédiatement.

2° Le plus souvent, aussitôt après l'accident ou quelquefois peu après, les parties molles se tuméfient, des ecchymoses apparaissent, la douleur augmente et les blessés éprouvent la nécessité de ne pas remuer leur membre.

3° Dans les cas les plus simples, l'inflammation est de courte durée, les épanchements sanguins ou autres se résorbent ; il reste un peu de roideur qui disparaît en peu de jours; mais si le cas est plus intense, les déchirures plus étendues, si la constitution de l'enfant est lymphatique, ou si l'on ne se hâte pas de laisser l'articulation immobile, il survient une inflammation aiguë, puis chronique, qui peut dégénérer en tumeur blanche.

Le *diagnostic* est assez facile : chez les enfants on ne peut que difficilement confondre une luxation avec une entorse, la déformation articulaire étant bien différente dans la luxation. Pour l'articulation du pied, en imprimant des mouvements de latéralité au pied de manière à pousser alternativement sur l'une et l'autre malléole, il est difficile de ne pas reconnaître la fracture du péroné. Cependant on peut rester dans le doute, si le gonflement est considérable, alors ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on peut se

prononcer. Quant à juger de l'étendue des désordres, on ne peut pas toujours les apprécier de suite, et dans ce cas il faut mieux s'abstenir que de faire des recherches trop longues et trop douleureuses.

Le *pronostic* ne peut donc être porté dans tous les cas, surtout s'il y a vive douleur et gonflement considérable, car le degré de l'entorse peut être infiniment variable, et on ne peut affirmer que la guérison sera prompte, surtout chez les lymphatiques.

Le *traitement* peut consister, pour les cas peu graves, ou bien dans l'application de ouate autour de l'articulation, fixée avec un bandage contentif, ou bien dans le massage appliqué tout de suite ou dans les premières heures qui suivent l'accident, mais à la condition qu'il y aura tuméfaction, infiltration des parties molles; ce n'est que dans ces cas que l'on pourra obtenir un bon résultat de ce moyen employé au début et même plus tard, avec la précaution de le faire suivre d'un bandage contentif et arrosé d'un liquide résolutif et calmant : eau, eau-de-vie camphrée et quelques gouttes d'extrait de Saturne; c'est surtout au pied ou au genou, ou au poignet, qu'on pourra pratiquer le massage.

On s'y prendra de la façon suivante :

Il est utile de se graisser les mains avec un corps gras, de l'axonge, par exemple; il faut pratiquer très-lentement des pressions douces et prolongées de bas en haut, afin de faire remonter les liquides épanchés autour de l'articulation; il faut, comme Bonnet, de Lyon, le conseillait, imprimer avec précaution des mouvements; il faut faire des séances plus ou moins souvent, suivant l'intensité de l'entorse; on sait que quelquefois, après une ou deux séances, les malades peuvent marcher. Cela a été observé plusieurs fois par M. le docteur Lebatard, et cela nous est arrivé dans des cas d'entorse faible. Il faut pendant plusieurs jours continuer le massage, dès que l'entorse est un peu grave.

Un autre traitement employé depuis longtemps et mis encore en usage par les chirurgiens et par nous en particulier, surtout pour les cas graves, consiste: 1° dans une application de sangsues lorsqu'il y a gonflement considérable et douleur extrême. On peut se contenter d'appliquer des compresses trempées dans de l'eau froide, et d'arroser le pansement soit avec de l'eau froide, soit avec un mélange d'eau végéto-minérale; je me suis bien trouvé des irrigations continues sur la partie malade.

2° Au bout de quelques jours on applique un bandage légèrement contentif, et on place la partie malade sur un oreiller, de manière à ce que le pied soit plus élevé que le genou;

3° Enfin, lorsqu'il n'y a plus de gonflement, on applique un bandage inamovible qu'on laisse plus ou moins longtemps, quinze jours, un mois et plus. Lorsqu'on retire cet appareil, il ne reste plus que de la roideur dans l'articulation, qui disparaît graduellement par les mouvements qu'on doit faire subir à l'articulation.

Si l'entorse passe à l'arthrite chronique, le cas est grave, car alors on a affaire à une tumeur blanche.

Nous ne devons pas quitter ce sujet sans parler des entorses de l'avant-bras; ces accidents, produits chez les enfants qu'on enlève brusquement par le bras, sont pour nous, abstraction faite des fractures et des luxations qui peuvent survenir de cette manière, le plus souvent de véritables entorses légères; elles ont lieu dans les diverses articulations de l'avant-bras, suivant le mouvement imprimé au membre.

Tous les enfants, dans ces cas, et nous en avons vu un grand nombre, ont été soulevés brusquement par le bras, soit pour les faire danser, soit pour leur faire sauter un ruisseau, soit pour les retenir dans une chute.

Quelques-uns étaient tombés, mais presque tous avaient été pris par la main, les uns par le poignet, les autres par l'avant-bras; dans tous les cas le membre avait été tourné plus ou moins brusquement, soit en supination, soit en pronation. Dans ces diverses circonstances, il est évident par l'observation, le raisonnement et l'examen physiologique, que la distension ou le tiraillement peut se passer dans plusieurs articulations; ainsi lorsque l'enfant est enlevé brusquement par le poignet ou l'avant-bras, le mouvement de pronation ou de supination peut avoir lieu, soit dans l'articulation de l'extrémité supérieure du radius, soit dans le poignet; alors ou l'extrémité inférieure du radius, ou celle du cubitus peuvent être portées en avant ou en arrière, et la distension a lieu dans l'articulation cubito-radiale ou dans l'articulation radio-carpienne.

Lorsque ces enfants se présentent au chirurgien, nous devons dire, pour en avoir vu un assez grand nombre, que très-peu présentent des fractures du cubitus ou du radius, ou des luxations soit de l'extrémité supérieure du radius, soit de l'extrémité inférieure du cubitus, et que la plupart au contraire n'offrent aucun de ces accidents graves, mais cependant présentent des symptômes qui effrayent surtout les parents et même quelquefois les médecins, à cause des cris et des plaintes des enfants.

Quoi qu'il en soit, on observe chez ces enfants des signes qui sont

presque toujours les mêmes : ainsi ils crient et se plaignent beaucoup dès qu'on remue le membre, soit qu'on l'étende, soit qu'on le fléchisse ou qu'on imprime quelques mouvements de rotation ou de supination; on ne remarque aucune déformation appréciable. On entend quelquefois, pendant les mouvements qu'on exécute, un bruit sans se rendre compte du point où il se produit, ce qui fait penser à quelque glissement de surface articulaire l'une sur l'autre. Tout à coup, une fois ces mouvements produits, l'enfant cesse de se plaindre et, sans qu'on puisse dire qu'on a fait quelque chose pour le guérir, on le voit remuer le membre comme avant l'accident. D'autres fois il n'en est pas ainsi, la douleur persiste; quelquefois il existe de la sensibilité au niveau de l'articulation supérieure du radius, d'autres fois à l'articulation inférieure et enfin à l'articulation cubitale inférieure.

Pour nous, nous sommes loin, généralement, de pouvoir porter un diagnostic précis dans tous les cas. Nous croyons, lorsque nous ne constatons ni fracture, ni luxation de l'extrémité supérieure du radius, ni déplacement de l'extrémité carpienne du cubitus, qu'il y a eu entorse en général peu grave, c'est-à-dire glissement des surfaces articulaires, distension des ligaments; en un mot, tendance à une luxation qui ne s'est pas effectuée.

Enfin, nous ne croyons pas que ces accidents se produisent toujours à l'articulation du coude ou à l'articulation du poignet, mais au contraire sur plusieurs points des articulations de l'avant-bras. Nous croyons bien que quelquefois ce désordre peu grave se passe à l'articulation du poignet, comme notre honorable confrère M. Goyrand l'a observé; mais nous ne prétendons pas, comme lui, qu'il est toujours dans ce point. Nous croyons avoir entendu comme lui un bruit particulier vers cette articulation, mais nous l'avons souvent constaté à l'articulation supérieure du radius.

Dans tous les cas, le pronostic n'étant grave que s'il y avait plusieurs récidives, nous nous contentons de mettre l'avant-bras dans la flexion à angle droit en plaçant la main en supination ou en pronation, suivant que le malade préfère l'une ou l'autre position, et nous devons dire que, dans presque tous les cas, cette position est excellente pour les malades; ils ne se plaignent plus, et en trois ou quatre jours, en général, ils sont guéris.

Si la douleur persistait au bout de ce temps, nous sommes d'avis de mettre un bandage inamovible huit à dix jours, en plaçant le membre dans la position indiquée.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Préface du nouveau Codex (1),

Par M. Dumas, membre de l'Institut, etc., etc.

La loi prescrit la publication d'un *Codex medicamentarius;* ses indications et ses formules servent de règle dans toutes les pharmacies de l'empire.

Ce recueil donne la liste des médicaments simples que le pharmacien est tenu d'avoir dans son officine; il signale les conditions qui doivent présider à leur choix.

A l'égard des médicaments composés, il fait connaître les matières qui entrent dans leur préparation, les doses exactes de chacune d'elles, et la marche à suivre pour l'exécution de la formule.

On donne le nom de *médicament* à toute substance introduite dans l'économie en vue de remédier à un état de maladie.

Les médicaments sont donc des matières pondérables.

Le remède, souvent confondu avec le médicament, comprend celui-ci, et, de plus, tout ce qui peut combattre la maladie, améliorer l'état du malade, amener la guérison : la saignée, l'électricité, l'hydrothérapie, le régime, sont des remèdes; l'émétique, le sulfate de quinine, le chloroforme, sont des médicaments.

Les médicaments simples consistent en produits naturels empruntés aux trois règnes de la nature. Leur réunion constitue la matière médicale ou trésor pharmaceutique des anciens.

Parmi les espèces qu'on y trouverait inscrites en remontant dans le passé, celles qu'aucune action spéciale ne caractérise, adoptées d'abord par une confiance quelquefois irréfléchie, mais jugées ensuite par la pratique, ont dû varier selon les lieux, les temps et les écoles. Les médicaments d'élite, l'opium, le quinquina, le mercure, etc., une fois connus et éprouvés, prennent, au contraire, leur place définitive dans le trésor pharmaceutique et n'en disparaissent plus.

La commission du *Codex* n'a classé dans cet ouvrage que les

(1) Nous devons à l'obligeance de MM. J.-B. Baillière communication de la préface relative à la nouvelle édition du *Codex medicamentarius*, pharmacopée française, dont ils sont éditeurs. Nous sommes heureux d'en offrir une partie à nos lecteurs, et de leur annoncer la très-prochaine publication de cet ouvrage.

produits naturels ou les préparations de l'art reconnus dans la pratique actuelle comme médicaments.

Mais le pharmacien donne le titre de médicament : à toute substance inscrite au *Codex*, comme faisant partie de la matière médicale ; à toute préparation résultant de l'exécution d'une formule officinale adoptée par le recueil officiel, ou d'une formule magistrale prescrite par ordonnance du médecin ; généralement, à tout produit simple ou composé qu'on lui demande, et qu'on se propose d'administrer pour remédier à un état de maladie.

A quels signes distinguer le médicament sincère du médicament fictif, l'aliment pur de l'aliment médicamenteux ?

Quoique la commission du *Codex* ait dû se poser souvent ces questions et les résoudre, le pharmacien n'a point à débattre ces sortes d'appréciations ni à se prononcer à leur sujet.

Il appartient au médecin, selon ses lumières et les règles de sa conscience, de prescrire tout médicament qu'il juge nécessaire, convenable ou opportun. Le pharmacien doit exécuter ses formules avec fidélité, dès qu'elles sont claires, ou bien que la pharmacopée qui les renferme est indiquée avec précision. Sauf les circonstances où sa prudence, éveillée, lui ordonne de couvrir sa responsabilité par des précautions dont tout médecin sage lui sait gré, le pharmacien n'a donc qu'à assurer l'exact et honnête accomplissement des prescriptions qui lui sont confiées.

La liberté du médecin n'étant pas contestable, la commission du *Codex*, de son côté, avait pourtant le devoir de manifester son opinion ; de résister aux vues systématiques des uns, à la confiance intéressée des autres, et d'admettre dans ce recueil les seuls médicaments recommandés dans les ouvrages qui font autorité, les seules formules consacrées par la pratique sérieuse.

Le *Codex medicamentarius* réunit donc un ensemble de documents, contrôlés avec soin, ayant trait : tantôt aux médicaments simples anciennement préconisés, ou aux compositions empiriques dont l'usage a marqué la place ; tantôt à des acquisitions plus récentes : espèces chimiques médicamenteuses ; principes actifs tirés des plantes ou des animaux ; productions des pays lointains ; mélanges plus favorables, enfin, et recommandés par le succès, de médicaments déjà connus.

Dans le premier cas, le *Codex*, gardien de la tradition, reproduit les anciennes prescriptions.

Dans le second, il obéit à la marche des sciences ; il en traduit les progrès, et il les met au service de l'art de guérir.

Il n'appartient pas à une génération médicale d'élaborer un Codex qui puisse convenir tout entier et sans modifications à la génération qui suit. Après quelques années, un tel recueil exige des remaniements, des suppressions, des additions. L'objet et le but de l'ouvrage ne peuvent pas changer, il est vrai ; mais les détails, la forme, l'esprit même, tout se modifie dans un livre dont les éléments sont empruntés aux vraies sources du mouvement et du progrès dans l'ordre matériel, c'est-à-dire aux sciences d'observation et aux sciences expérimentales.

Depuis les temps les plus reculés et avant même que ces sciences eussent un nom, l'histoire naturelle, la chimie, la physique, la médecine pratique, ont en effet servi de guides pour la recherche, la connaissance, la préparation et l'emploi des médicaments.

Mais il ne peut échapper à personne que, si la chimie s'estimait heureuse autrefois, lorsqu'elle avait montré dans l'acide oxalique le principe significatif de l'oseille, dans la quinine celui des quinquinas, dans l'acide cyanhydrique celui de l'eau distillée de laurier-cerise, aujourd'hui cette science va plus loin. Multipliant à l'infini les espèces par la voie des substitutions, elle offre à l'expérimentation médicale un champ sans limites, et crée, pour ainsi dire de toutes pièces, des médicaments, tels que le chloroforme, qui ne conservent presque rien de leur origine organique.

La nature n'est pas épuisée, et fournit encore chaque jour à l'art de guérir quelque instrument nouveau ; mais la chimie, qui naguère se bornait à la suivre, la devance souvent aujourd'hui.

Les études thérapeutiques n'ont-elles pas subi un changement analogue ? Attend-on, pour prévoir l'effet d'un médicament actif, que l'expérience en ait toujours été accomplie au lit du malade ?

Non ! La physiologie moderne poursuit à son tour l'étude expérimentale des remèdes et des médicaments. Elle constate leurs effets précis sur les organes, et elle en tire souvent des règles certaines pour diriger l'emploi des moyens d'action, matières ou forces, que les sciences naturelles, la chimie et la physique mettent à la disposition du praticien.

Ainsi, de nouvelles perspectives s'ouvrent à l'art de formuler.

L'histoire naturelle, étendant son domaine sur des contrées lointaines, ignorées ou à peine explorées, enrichit la thérapeutique de médicaments nouveaux.

La chimie continue à perfectionner les moyens de préparation, de purification, de concentration des médicaments connus. Elle

isole, chaque jour, des principes énergiques; elle crée et multiplie à l'infini des substances qui rivalisent d'activité avec eux.

Elle ne se contente plus de préparer avec sûreté les médicaments que la pratique réclame, elle en poursuit la marche dans l'économie; elle constate les modifications qu'ils subissent pendant leur séjour dans les organes, ainsi que les formes sous lesquelles s'opère leur élimination. Elle apprend au praticien à prévoir dans quelles circonstances un médicament inoffensif peut devenir mortel, et comment un poison, à son tour, peut devenir inerte. Elle fournit aux doctrines médicales des faits et des vues qui permettent, dans le plus grand nombre des cas, de préciser à l'avance sur quels organes ou sur quels systèmes d'organes un médicament exercera son influence, par quels procédés généraux son élimination aura lieu, et par conséquent quelles seront les limites et la durée probables de son action.

A tous ces titres, une pharmacopée au courant des découvertes que trente années d'études persévérantes et fécondes ont fait surgir, soit en France, soit dans les autres parties de l'Europe, et riche des nouveautés qui ont mérité la confiance des praticiens, doit différer de celle qui, publiée en 1837 par les soins du gouvernement, répondait alors aux exigences de l'exercice de la médecine. Le Codex actuel aura le même sort, et sera modifié plus tard, à son tour.

La voie où l'art de guérir est conduit par les études réunies de l'observation clinique et de la physiologie expérimentale, lui permet, en effet, de mieux définir l'action de chaque médicament, d'en critiquer la préparation, d'en régler le dosage et l'emploi. Rangée, d'un côté, parmi les sciences d'observation, la thérapeutique prend place, de l'autre, parmi les sciences expérimentales. La préparation des médicaments peut donc être soumise désormais à la méthode critique dont celles-ci font un usage si général.

La chimie montrera donc comment on purifie et comment on concentre les principes actifs ; la physiologie expérimentale, à quels organes précis le médicament s'adresse, et quelles variations éprouvent ses effets, selon les formules adoptées pour sa préparation ou pour son emploi. Au sujet des substances énergiques, l'art de guérir pourra donc connaître, par les études du chimiste, les moyens de les obtenir pures et d'un emploi certain, d'éviter les associations qui les altèrent, de choisir celles qui favorisent leur conservation ou qui assurent leur efficacité; les études du physiologiste lui apprendront quel est leur rôle exact, quel champ embrasse leur action, quelles limites reconnaît leur pouvoir.

Les médicaments d'un effet simple, d'origine physiologique, augmenteront ainsi en nombre et en importance. Les médicaments complexes transmis par la tradition pourront perdre de leur autorité. On cherchera moins à affaiblir et à noyer l'opium, en le disséminant dans la masse de la thériaque; on voudra, au contraire, éloigner de ce produit brut toutes les matières inertes, en distinguer chaque principe actif, et définir mieux encore l'action spécifique de la morphine, de la codéine, de la narcotine, de la narcéine, etc.

Comme si les anciens, adressant leurs médicaments au malade pris dans son ensemble, avaient habituellement cherché à introduire dans leurs formules des substances variées, pondérées et compensées, qui, mettant en mouvement toutes les forces de la vie, en pussent rétablir l'équilibre troublé. Comme si les modernes, localisant de plus en plus le siége de la maladie, localisaient aussi la direction assignée au médicament, et cherchaient, par suite, tout en faisant la part du traitement général, à l'obtenir énergique, limité, précis.

A mesure que les formules complexes, léguées par l'ancienne médecine aux temps modernes, se simplifient ou sont abandonnées, on a pu se demander si les *Codex* ou Pharmacopées ne deviendraient pas un jour d'inutiles recueils, si les officines seraient toujours nécessaires, si le pharmacien lui-même ne pourrait pas être remplacé par un marchand de médicaments.

Il est permis d'affirmer que s'il devait en être jamais ainsi, aucun esprit élevé ne pourrait sans douleur voir disparaître une profession libérale à qui revient le mérite d'avoir préparé de loin la transformation de la chimie moderne. Car c'est elle qui en a fondé et perpétué l'enseignement, qui en a créé les anciennes méthodes expérimentales et les premiers appareils, qui lui a valu Scheele, Vauquelin, Davy, Pelletier, Robiquet, et qui a eu l'insigne honneur de donner à Lavoisier ses premières leçons.

Mais on s'aperçoit tous les jours combien, à mesure que les médicaments énergiques augmentent en nombre, en pureté, en concentration, en puissance, il devient plus nécessaire que le pharmacien chargé de leur préparation, de leur conservation, de leur manipulation, de leur dosage, soit instruit, soigneux et fidèle.

Il s'agit d'administrer des médicaments amenés à leur maximum d'énergie, et par conséquent de danger, dans les conditions les plus propres à garantir la sûreté de leur emploi et la netteté de leur action sur un organe ou même sur un élément bien défini de l'organisme, et l'on pourrait se passer de pharmaciens instruits! Le médecin prescrit l'acide cyanhydrique ou la pepsine, par exemple, et

il importerait peu que le débitant de ces produits fût hors d'état de s'assurer si son acide cyanhydrique est le plus violent des poisons ou la plus inerte des matières; si la pepsine qu'il livre constitue le vrai ferment de la digestion gastrique ou bien une poudre sans vertu!

Quand la responsabilité s'élève, il faut que les lumières s'accroissent en étendue et en intensité.

A quels dangers ne seraient pas exposées les familles, si le pharmacien ignorait que le nom de chlorure de mercure peut désigner un poison violent ou un purgatif innocent, et qu'il n'y a rien de commun entre le chlorure et le cyanure de potassium, si aisément confondus par le vulgaire?

Le pharmacien, disons-le, a besoin d'une instruction plus large et plus approfondie, à mesure que les progrès de la thérapeutique mettent dans ses mains des médicaments plus nombreux, plus puissants, plus altérables, plus faciles à falsifier, au sujet desquels les moindres écarts menacent la vie du malade, dont les plus légères modifications trahissent l'espoir du médecin. Quand cette conviction pénètre l'Angleterre elle-même, éclairée par les erreurs qui se multiplient sous ses yeux, et par les maux infinis qu'elles entraînent, ce n'est pas le moment que la France, où elle a toujours été maintenue, choisirait pour l'abandonner.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'influence des injections hypodermiques de sulfate de quinine dans un cas de fièvre symptomatique simulant une fièvre hectique (1).

Le 2 février 1866, je fus appelé en consultation par l'un de mes confrères d'Amélie-les-Bains, auprès d'un jeune homme de douze ans, qui se plaignait d'une douleur vague et erratique dans le côté droit de la poitrine, d'une dyspnée intense et d'une toux fréquente, le plus souvent sèche et quinteuse, et quelquefois suivie de l'expectoration de matières muqueuses et filantes. La percussion n'indiquait qu'une diminution de sonorité à la partie postérieure et inférieure du poumon droit; l'auscultation donnait, au contraire, des signes beaucoup plus importants et plus précis. Je constatai,

(1) Observation lue à la Société des sciences médicales de Lyon.

en arrière, que la respiration était soufflante et accompagnée de râles sibilants et ronflants dans les deux tiers supérieurs du poumon droit, et qu'elle était masquée par des râles sous-crépitants confluents dans le tiers inférieur. En avant, on ne percevait que le retentissement des râles sibilants et ronflants. A gauche, l'auscultation n'indiquait rien de particulier, si ce n'est quelques gros râles muqueux bronchiques.

Tous ces troubles fonctionnels et tous ces signes physiques étaient accompagnés de perte de l'appétit, d'une grande faiblesse et d'une fièvre à double manifestation revenant périodiquement à trois heures de l'après-midi et vers une heure du matin. Chaque accès s'annonçait ordinairement par des frissons alternant avec des bouffées de chaleur, et se caractérisait ensuite par une très-grande fréquence du pouls (140 pulsations), et par une chaleur âcre et sèche de la peau, parfois suivie au bout de quelques heures d'une transpiration plus ou moins abondante au niveau de la poitrine et de la face. Je me hâte d'ajouter que dans l'intervalle des accès le pouls conservait une certaine fréquence et la peau une sécheresse particulière, circonstances qui semblaient indiquer une fièvre hectique continue, avec exacerbation diurne et nocturne.

Les renseignements fournis par mon confrère et la famille furent les suivants : Cet enfant, qui présentait tous les attributs d'un lymphatisme exagéré, avait vu sa mère et ses deux frères succomber à des affections de poitrine ; il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de novembre dernier, époque à laquelle il contracta dans un collége, à Paris, une bronchite intense et une diarrhée rebelle qui amenèrent rapidement l'amaigrissement et une grande faiblesse. Le médecin qui avait été appelé à lui donner des soins exigea qu'on retirât l'enfant du collége pour le placer dans des conditions meilleures.

Cependant, la convalescence étant longue et difficile, on se décida, sur son avis, à l'amener à Amélie dès qu'il pût supporter le voyage. Peu de jours après son arrivée, vers le 20 décembre, l'enfant avait repris des forces, et pouvait se livrer tous les jours à l'exercice de la promenade au grand air et en plein soleil. Cette amélioration, qui alla toujours en augmentant pendant cinq semaines, faisait présager une guérison complète, lorsque l'enfant commença à tousser de nouveau, à perdre l'appétit, et à s'affaiblir notablement. Ce fut sept ou huit jours après le début de ces phénomènes que je fus appelé en consultation.

Après l'avoir interrogé et examiné avec soin, nous pensâmes,

mon collègue et moi, à raison des antécédents de famille, des accidents fébriles persistants et des troubles énumérés plus haut, avoir affaire à un foyer tuberculeux en voie de ramollissement, situé à la base du poumon droit. Cependant, tous ces phénomènes étaient arrivés si rapidement, que j'émis quelques doutes sur ce diagnostic, et je me demandai s'il ne s'agissait pas là d'une bronchite intense avec hyperémie du tissu pulmonaire ou plutôt des petites ramifications bronchiques de la base du poumon. On ne pouvait songer à une pneumonie ; il n'y avait en effet ni crachats rouillés, ni souffle tubaire, ni râle crépitant fin, en un mot, aucun signe de cette affection.

Quoi qu'il en soit, en présence de symptômes aussi inquiétants, il fallait agir énergiquement. Mais quel traitement instituer ? On avait employé avant mon arrivée des vésicatoires volants, des juleps calmants, des pilules de sulfate de quinine, à la dose de 25 à 30 centigrammes par jour, des lavements de sulfate de quinine, et rien jusque-là n'avait pu enrayer la fièvre qui attirait vivement l'attention des parents. Enfin, pour répondre aux sollicitations de la famille, et pour combattre un symptôme qui pouvait jouer à la fois le rôle d'effet et de cause dans cette scène morbide, je proposai, non sans hésitation, des injections hypodermiques de sulfate de quinine. Ce moyen, qui semblait répondre à une indication, fut accepté avec d'autant plus de raison que les pilules de quinine avaient produit quelques accidents intestinaux, et n'avaient eu qu'un effet très-passager sur les accès.

Dès le lendemain matin, je pratiquai deux injections de sulfate de quinine, l'une à huit heures, et l'autre à onze heures. Je me servis de la solution préconisée dans le *Bulletin de Thérapeutique* (1 gr. de sulf. de quinine dissous dans 10 gr. d'eau additionnée de 0gr,50 d'acide tartrique) ; je m'arrangeai de façon à injecter chaque fois 10 ou 12 centigrammes de quinine, en enfonçant profondément la canule en or dans le tissu cellulaire de la paroi antérieure de l'aisselle. Cette opération ne présentait aucune difficulté, parce que l'enfant était très-docile et décidé à tout accepter en vue de son retour prochain à Paris.

Le premier jour, il n'y eut qu'un léger accès vers quatre heures de l'après-midi, mais l'accès de la nuit reparut comme d'habitude. Le lendemain, je pratiquai deux injections aux mêmes heures et je fus heureux d'apprendre qu'il n'y avait pas eu d'accès dans l'après-midi; l'accès de la nuit revint, mais avec une intensité beaucoup moindre. Le troisième jour, je pratiquai deux injections dans la

matinée et une injection à six heures du soir : cette nouvelle injection enraya complétement l'accès de la nuit. Je continuai ces injections pendant quatre jours et je cessai le huitième. A ce moment, l'enfant avait repris de l'appétit, ses nuits étaient bonnes et il pouvait faire quelques pas dans la chambre; il y avait, en un mot, grâce à la disparition de la fièvre, un *remontement* de tout l'organisme. A l'auscultation on constatait la persistance des gros râles et la diminution de nombre des râles fins. Nous pûmes dès ce jour revenir à l'emploi des vésicatoires volants, et, à notre étonnement, nous vîmes peu à peu la respiration reparaître dans les points où elle avait été masquée pendant plusieurs jours par des râles sous-crépitants, confluents. Nous prescrivîmes des toniques, de l'huile de foie de morue et des promenades en voiture d'une durée progressivement croissante. La convalescence sembla s'établir franchement; cependant quelques jours après elle fut enrayée par une reprise de bronchite et cette fois les troubles de l'auscultation étaient localisés dans la partie supérieure du poumon. Un vésicatoire fut appliqué en ce point, et quelques nouvelles injections de quinine suffirent pour faire disparaître les premières manifestations de la fièvre qui avait de la tendance à s'accentuer.

A partir de cette époque, l'état de l'enfant s'améliora de jour en jour et on put l'emmener dans son pays au commencement du mois d'avril presque entièrement guéri. J'ai reçu depuis une lettre du père dans laquelle il m'annonce que son fils jouit actuellement d'une parfaite santé.

Cette observation est doublement intéressante au point de vue du diagnostic et du traitement. Elle montre que le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, basé non-seulement sur les troubles fonctionnels, sur les commémoratifs, mais encore sur les signes fournis par l'auscultation, peut présenter parfois de grandes difficultés. Il est évident que, dans le cas actuel, nous avons eu affaire à une bronchite dont l'étendue, le siége spécial et même la durée pouvaient facilement en imposer pour une phthisie pulmonaire.

Envisagée au point de vue du traitement, cette observation témoigne une fois de plus de la supériorité incontestable de la méthode hypodermique sur les méthodes ordinaires de traitement.

L'emploi de cette méthode peut, je crois, être tenté avec succès, non-seulement dans les fièvres intermittentes simples ou pernicieuses, mais encore dans les cas de fièvres symptomatiques de cause douteuse, toutes les fois qu'il faut agir rapidement ou que le

médicament administré par les voies ordinaires est mal toléré ou difficilement absorbé.

Dr A. Bouyer,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Inspecteur suppléant des eaux d'Amélie-les-Bains.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine opératoire, par M. Ch. Sédillot, médecin inspecteur des armées, directeur de l'Ecole impériale du service de santé militaire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de l'Institut, etc., etc.; 3e édit., 2 vol. in-8o, avec figures. Paris, Strasbourg, 1866.

Le deuxième volume de la *Médecine opératoire* de M. Sédillot vient de paraître. Cet important ouvrage est aujourd'hui complet. En rendant compte du premier volume, nous nous sommes laissé aller avec une prédilection que nous n'essayerons pas de dissimuler au plaisir de dérouler devant le lecteur quelques-unes des grandes questions de chirurgie générale posées et résolues par l'auteur. Le caractère scientifique de sa méthode, qui relie constamment les faits aux principes; la sûreté et la largeur de sa synthèse, toujours appuyée sur la physiologie et la clinique; en un mot, cette union féconde de la science et de l'expérience impriment à ce premier volume un cachet de si magistrale autorité, que nous nous sommes complu à nous élever, derrière l'auteur, sur ces hautes régions de la science, sans oser descendre avec lui dans la technologie chirurgicale.

Nous avions réservé les considérations de ce dernier ordre pour le deuxième volume, qui leur est plus spécialement consacré. Mais ici, grand devient notre embarras. Un livre dialectique et classique, sous peine d'être incomplet, ne doit pas contenir que les travaux propres à son auteur; si riche que celui-ci soit de son propre fonds, il lui faut exposer encore ceux de ses devanciers. Sous ce rapport, nous avons déjà signalé la scrupuleuse érudition du professeur de Strasbourg qui a fait belle et large justice à tout le monde. Mais dans un compte rendu comme le nôtre, vouloir tout exposer, c'est rendre l'analyse fastidieuse; se borner aux additions de l'auteur, c'est la rendre incompréhensible.

Et cependant, sur chaque opération, presque sur chaque procédé est empreinte la main de celui-ci : ici pour le choix et la critique d'une méthode, là pour la transformation ou le perfection-

nement d'un procédé ou d'un instrument; ailleurs, pour la rénovation ou la réhabilitation d'un moyen tombé dans l'oubli. Il faudrait tout citer là où on ne peut même tout énumérer. Faute de mieux, nous procéderons par quelques exemples et nous les choisirons aux divers points de vue que nous venons d'énoncer.

Dans la manière de l'auteur, le choix d'une méthode ou d'un procédé est dominé par l'indication clinique, énoncée d'ordinaire sous une formule de physiologie pathologique. Exemple : la *staphyloraphie*. « La première condition du succès de la réunion immédiate est l'immobilité et la laxité des surfaces mises en contact. » —Voilà la loi; en voici maintenant l'application : « Guidé par nos principes généraux relatifs à l'étranglement, nous avons pensé qu'il convenait de relâcher et d'immobiliser le voile par la section des muscles qui s'y distribuent, etc. » — Et c'est ainsi que naquit, complet dans son ensemble et ses détails, ce beau procédé opératoire, qui avant l'affrontement sectionne d'abord les muscles des piliers, puis le péristaphylin interne, pour augmenter l'épaisseur, diminuer la hauteur et prévenir l'élévation et l'abduction des deux segments du voile du palais. Non-seulement cette méthode a donné des succès constants à son auteur, mais elle permet l'opération dès l'enfance, c'est-à-dire à un âge où les modalités vicieuses de la parolo peuvent seules se corriger complétoment. Nous regrettons de ne pouvoir indiquer ici les considérations originales de physiologie vocale que le savant professeur fait valoir pour montror la nécessité d'opérer de bonne heure.

Puisque nous voilà dans la région palatine, prenons-y tout de suite un autre exemple. Ici il s'agit de juger une opération ou plutôt une série d'opérations justiciables avant tout de l'anatomie pathologique. Nous voulons parler de l'*ouranoplastie périostique*, à laquelle so rattachent, par une communauté de principes, la *rhinoplastie* par déplacement du périoste frontal, ainsi que la résection sous-périostée du maxillaire inférieur. L'auteur, à l'occasion de ces opérations partielles, rappelle ce qu'il avait déjà démontré dans le premier volume, qu'il ne faut rien espérer ni attendre de cette méthode. Il établit physiologiquement, expérimentalement, classiquement et doctrinalement, que toutes ces tentatives sont inutiles, dangereuses et sans résultat. Pour que le périoste produise de l'os, il faut que sa couche interne, seule chargée de cellules plasmatiques et ostéogéniques, soit restée intacte; dans les cas où cette couche suppure, les cellules se détruisent et il est impossible que de l'os soit formé, puisque ses éléments générateurs ont

disparu. Or, dans les ouranoplasties, dans la rhinoplastie par lambeau périostéo-frontal, le périoste est déplacé, sa surface interne qui doit régénérer l'os devient externe et reste à nu pour former les parois; elle suppure nécessairement et se convertit plus tard en tissu inodulaire. Comment un os peut-il se former dans ces conditions sur une pareille surface? Par quoi cet os serait-il recouvert à son tour? Ces raisons de pure physiologie sont néanmoins si péremptoires, qu'à dater de ce moment les observations de régénération osseuse de la voûte palatine sont rentrées dans le silence ou ont dû être autrement interprétées; en tout cas, des opérateurs allemands qui en accusaient plus de trente, n'en ont plus jamais parlé. Même résultat pour la rhinoplastie. Quant aux résections sous-périostées du maxillaire supérieur, des faits contemporains ont montré que la résistance cicatricielle et la conservation de la forme sont tout aussi marquées quand on ne conserve pas le périoste.

Sur les ruines de cette méthode, l'auteur en éleva victorieusement une autre : *l'évidement des os*. Nous avons déjà indiqué, en parlant du premier volume, les considérations de haute chirurgie, les preuves expérimentales et les beaux succès cliniques sur lesquels il a fondé cette création de son génie opératoire. L'enfant s'est dès sa naissance montré très-viable, il a grandi rapidement, et déjà ses succès dans le monde chirurgical lui présagent un bel avenir.

La préoccupation constante de M. Sédillot, d'asseoir l'indication opératoire sur des bases rationnelles, se traduit de la manière la plus heureuse dans cette classe des maladies urétrales abandonnée longtemps, soit à l'empirisme, soit à l'inspiration individuelle : nous voulons parler des rétrécissements. Ici aussi, il a formulé des règles, établi des classifications qui seront désormais des bases pour fixer le choix des procédés. L'urétrotomie *interne* et *externe* auront dès à présent leur place et leurs limites bien tracées.

La première, reléguée naguère parmi les opérations exceptionnelles, compromise plutôt que relevée par les essais de Reybard, fut préconisée en principe dès longtemps par M. Sédillot, puis tentée par lui avec succès et avec des instruments plus rationnels. Ceux-ci ont reçu leur dernière perfection par l'addition de la canule directrice de M. Maisonneuve, et l'urétrotomie interne occupe aujourd'hui le premier rang parmi les moyens dirigés contre les rétrécissements circulaires. Ce rang, elle le doit non-seulement à la perfection des instruments, mais encore aux lumineuses déductions sur lesquelles l'auteur a basé l'opération.

Si l'urétrotomie interne a eu de la peine à se faire sa place parmi les méthodes autorisées pour des rétrécissements franchissables, l'urétrotomie externe ou périnéale avait totalement perdu la sienne, en France particulièrement. Desault, Boyer et toute l'école de Dupuytren traitaient avec dédain la *boutonnière* sans l'avoir ni étudiée ni comprise. A l'étranger, au contraire, en Angleterre par exemple, entre les mains du célèbre professeur Syme, elle donnait les plus beaux résultats. M. Sédillot, auquel on doit la réintégration en France de cette méthode, ne s'est pas borné à protester le premier contre sa proscription, il en a déterminé et précisé les indications pour les rétrécissements infranchissables, inaccessibles à l'urétrotomie interne. Joignant l'exemple au précepte, il a publié dès 1854 quatre observations de succès. Aujourd'hui, universellement adoptée, l'opération, d'ailleurs simple, est suivie des plus heureux succès, quand on sait observer les règles tracées par le professeur.

Admirable fécondité de l'art! Même alors que le rétrécissement est absolu, inattaquable à la fois par l'urètre et le périnée, et que le malade semble perdu, la chirurgie, entre quelques mains privilégiées, paraît redoubler de ressources et d'audace, et cherche un moyen suprême de salut en s'attaquant à la vessie elle-même. C'est ainsi qu'à la page 579 du deuxième volume nous lisons la relation d'une *cystotomie sus-pubienne* exécutée avec succès par l'auteur dans un cas désespéré; fait aussi remarquable par l'inspiration du diagnostic que par la hardiesse de l'opération.

L'*empyème*, cette question médico-chirurgicale si ancienne et toujours si neuve, a été traitée avec une prédilection qu'explique la part prépondérante que l'auteur a prise à son évolution. La place nous manque même pour formuler toutes les indications opératoires, tous les préceptes de clinique, toutes les questions de physiologie pathologique, que l'auteur a rattachés à cet intéressant sujet.

Pendant que l'Académie de médecine de Paris (1856-1858) proscrivait l'*ovariotomie* en termes excessifs, M. Sédillot l'adoptait dès 1839 (1re édit.), 1855 (2e édit.), non comme méthode générale, mais pour les cas extrêmes. On sait quelles conquêtes brillantes, depuis lors, cette opération a faites dans le monde, et combien elle a été glorieuse pour un des agrégés de notre Faculté. Cependant notre auteur, s'il n'a pas adhéré aux proscriptions antérieures, ne se laisse pas non plus aller à l'enthousiasme contemporain. Il continue à faire ses réserves et n'accepte l'opération que pour les cas à peu près désespérés. « L'opération est un danger immédiat, la maladie

n'est qu'un danger éventuel; sachons donc reculer jusqu'au moment urgent. » Pour les *tumeurs fibreuses utérines intra-abdominales*, l'auteur ne veut pas qu'on y touche. Leur ablation avec les ovaires et une portion même de l'utérus n'est, dans les cas réussis, qu'une témérité heureuse que peuvent seules justifier des erreurs de diagnostic ou des nécessités imprévues. Ces paroles en présence de faits récents semblent prophétiques.

Du reste, la critique de M. Sédillot est en général sobre, toujours bienveillante, et dictée uniquement au nom des principes de l'art. Cependant il se laisse aller de loin en loin à quelques malices gauloises, et on sourit en lisant que tel procédé opératoire n'a pas survécu à ses succès... allusion piquante à ces malheureux procédés que vantent leurs auteurs ou leurs amis, et qui tombent dans l'oubli sans qu'on ait contesté une réussite ni publié un insuccès.

En terminant, nous le répétons, c'est à son esprit si profondément médical que ce livre emprunte sa physionomie si caractéristique, nous dirons presque si attrayante. Au lieu d'une sèche énumération de procédés mécaniques, c'est un exposé attachant de lois et de principes logiquement déduits. Toujours le bistouri obéit à la règle, partout celle-ci procède de l'indication rationnelle; rien n'est laissé aux suggestions de l'empirisme, ni à la témérité heureuse. L'auteur sait bien que dans la pratique de l'art on a toujours à se repentir d'avoir fait infidélité aux principes de la science. On sent, en un mot, que si l'instrument chirurgical est tenu par une main sûre, c'est qu'il est conduit par un médecin, et éclairé par un physiologiste. Cette triple incarnation de l'art dans une même personnalité explique ce beau titre de ***Médecine opératoire*** inscrit en tête du livre; titre déjà adopté par Sabatier, mais bien autrement légitimé par l'éminent professeur de Strasbourg.

Prof. Hirtz.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Tic douloureux de la face traité sans succès par la névrotomie. — Nous avons publié dans ce recueil un certain nombre d'observations de névralgie trifaciale guérie par divers moyens, entre autres par la section du nerf; mais il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'il est des cas rebelles à toutes les ressources de l'art. Tel est le ait recueilli par M. Ditandy à la cli-

nique de M. le professeur Schutzenberger que nous reproduisons en abrégé [1].

Le 25 juin 1865 entre à l'hôpital une femme, âgée de cinquante ans, d'une bonne santé habituelle et d'une constitution robuste. Aucune maladie antérieure; aucuns antécédents de maladies diathésiques ou héréditaires.

Il y a une dizaine d'années environ, à la suite de vives contrariétés, cette femme a été sujette à des migraines siégeant au côté gauche de la face, qui, rares d'abord, se rapprochèrent d'une façon intermittente, mais régulière. Tout à coup, sans cause connue, en juillet 1860, la migraine fut remplacée par une douleur atroce fulgurante, qui, partant de l'oreille gauche, descendait le long de la mâchoire inférieure et remontait vers l'angle externe de l'œil. Dès lors, la migraine fut remplacée par des accès névralgiques au nombre de cinq à six par mois d'abord, et plus fréquents ensuite. Des vésicatoires pansés avec de la morphine, le sulfate de quinine, l'extrait d'opium, n'amenèrent qu'un soulagement momentané. Quand la douleur se fut fixée dans la branche maxillaire inférieure, la malade éprouva une odontalgie si violente, qu'elle se fit arracher successivement les quatre dernières molaires de la partie gauche du maxillaire supérieur; toutes ces dents étaient saines, et leur avulsion ne procura aucun soulagement.

Lasse de ne pouvoir trouver de guérison, cette femme se présenta à l'hôpital de Strasbourg, réclamant une opération, qui, lui avait-on dit, pouvait seule la débarrasser de cette atroce maladie.

Lors de son entrée, il fut facile de reconnaître une névralgie trifaciale rebelle, à accès soudains, intermittents, avec exacerbations prononcées pendant la nuit. Sur le côté gauche de la face, on constate à la pression digitale les points douloureux suivants :

Point sus-orbitaire dépendant de la branche ophthalmique de Willis; point temporo-malaire; point sous-orbitaire.

En outre, une odontalgie à accès intermittents, qui occupe les petites molaires, la canine et les incisives de notre malade. L'aile gauche du nez est le siége d'une douleur qui ne se manifeste pas par des élancements, mais par une sensation de pesanteur incommode. Pendant les accès, l'œil est douloureux et le siége d'une abondante sécrétion lacrymale, mais il n'y a pas de photophobie,

---

[1] *Réflexions sur un cas de névralgie trifaciale traitée par la névrotomie*, par M. E. Ditandy. Thèses de Strasbourg, 1865.

et la malade rapporte très-bien la douleur à la paupière supérieure seule, qu'innervent en réalité des filets douloureux.

Pas d'anesthésie de ce côté du visage, mais il s'y est produit une légère hypertrophie qu'un examen attentif fait constater, et qui a du reste été remarquée de la malade. On ne voulut pas tout d'abord recourir à l'opération chirurgicale, et l'on commença par essayer, mais, sans aucun bénéfice, des injections hypodermiques de solution concentrée de sulfate neutre d'atropine et l'opium à forte dose. Malgré la production des effets physiologiques de la belladone, il n'y eut aucune rémission dans les symptômes.

Alors le 4 juillet, M. le professeur Michel entreprit la cure chirurgicale de cette femme. Il pratiqua avec beaucoup d'habileté :

1° La section et la résection du nerf sous-orbitaire ;

2° L'excision de l'anastomose du nerf dentaire antérieur avec le nerf dentaire postérieur ;

3° La section et la résection du nerf sus-orbitaire.

Malgré les difficultés inhérentes à la recherche de ces trois nerfs, l'opération ne dura qu'une demi-heure. (La malade avait été plongée dans le sommeil anesthésique.)

Les suites de l'opération furent des plus simples ; il ne survint aucun accident, sauf un léger érysipèle le 9 juillet, cinq jours après l'opération, et le 20 juillet, c'est-à-dire au bout de seize jours, la cicatrisation était complète.

Depuis la section des nerfs, il n'y a plus d'accès névralgiques, sauf quelques picotements que la malade ressent au niveau de l'angle supérieur de la bouche, mais qui ne sont rien en comparaison des douleurs fulgurantes qui privaient la malade de sommeil et de repos.

On pouvait dès lors considérer la guérison comme parfaite : malheureusement elle ne devait pas se maintenir longtemps.

Dans les premiers jours du mois d'août, la malade prétendit avoir, pendant la nuit, de nouveaux accès névralgiques qui avaient pour point de départ et pour siége le niveau de l'angle supérieur gauche de la bouche. On ajouta d'abord peu de foi à ses assertions, mais le doute ne fut pas possible lorsque, le 10 août, on eut réveillé l'accès si caractéristique par une pression exercée sur l'angle gauche de la bouche. Dans ce nouvel accès, la douleur, partant de l'angle de la bouche, remonte, en s'irradiant, vers la paupière inférieure. Les accès sont plus longs, ils ont une durée de deux à trois minutes, sont plus fréquents la nuit que le jour et empêchent la malade de dormir.

M. le professeur Michel, averti que l'état de la malade empire, loin de s'améliorer, attribue les douleurs et les accès au nerf buccal, et procède, le 18 août, à sa section.

Il pratique sur la joue, un peu en avant du bord antérieur du muscle masséter, une incision longue de 2 centimètres environ. L'incision est faite couches par couches et au-dessous du trajet qui suit le canal de Sténon. On arrive ainsi sur le nerf buccal, que l'on saisit et dont on excise une petite portion.

L'hémorragie est peu abondante. On met un point de suture un peu au-dessous de la partie moyenne de la plaie.

Les suites de l'opération sont des plus simples, mais cette fois l'opération n'a amené aucun changement. Le 27 août, la plaie résultant de la névrotomie est cicatrisée. La douleur a abandonné l'angle supérieur gauche de la bouche, mais existe maintenant dans la joue droite.

On revient alors aux injections de chlorhydrate de morphine; il se produit un peu de soulagement après l'injection, mais peu à peu ce mieux se dissipe et les élancements douloureux reviennent.

La malade, désespérant de guérir, quitte l'hôpital au mois de septembre. Voici son état tel qu'elle le décrit elle-même :

Elle a des élancements douloureux dans la moitié supérieure de la joue gauche, précisément à cette région malaire dont la névralgie, après la première opération, avait disparu pour faire place à la névralgie observée au niveau de l'angle de la bouche. Cette dernière, comme on l'a vu, ne disparut pas tout d'abord après la section du nerf buccal; mais elle se dissipa peu à peu, fit place à une névralgie indéterminée qui ne fit que passer sur la joue droite, puis revint se fixer sur la joue gauche, à la région malaire.

Réflexions. — Dans ce cas, deux opérations de névrotomie successives ont été complétement inutiles, et il n'y avait pas lieu de persévérer dans cette voie, puisqu'à la fin de l'observation nous voyons les douleurs aller d'un côté à l'autre de la face. C'est là un de ces cas dont les praticiens doivent être prévenus, un de ceux que le professeur Trousseau décrit sous le nom de *névralgie épileptiforme* et dont il a dit :

« J'ai bien vite appris que ces névralgies résistaient avec une opiniâtreté désespérante à tous les efforts de la thérapeutique, à ce point qu'aujourd'hui encore, depuis plus de trente-six ans que j'ai commencé ma pratique médicale, je ne les ai pas encore vues guérir une seule fois sans retour. »

D'où cette conclusion, que la section du nerf dans la névralgie

trifaciale ne doit pas être considérée comme un sûr moyen de guérison et ne doit être conseillée que sous toute réserve et quand tous les autres moyens ont échoué.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de l'empoisonnement par le phosphore. Le traitement de l'empoisonnement aigu par le phosphore est resté jusqu'à ce jour d'une insuffisance déplorable. Non-seulement la thérapeutique se trouve désarmée presque absolument en présence des accidents qui suivent, de près ou de loin, l'absorption de ce poison (polystéatose viscérale, etc.); notre impuissance est plus radicale encore, car la toxicologie ne nous a pas fourni, contre l'empoisonnement proprement dit, un seul antidote capable de réduire sûrement le phosphore ingéré à l'état de corps inerte, et de prévenir ainsi son passage dans le sang. En sera-t-il toujours ainsi, et la chimie a-t-elle dit son dernier mot sur cette question si importante? En présence du nombre, sans cesse croissant, des empoisonnements par la pâte phosphorée des allumettes, et alors qu'il n'est pas permis d'espérer qu'une interdiction administrative vienne mettre obstacle à l'usage de cet instrument du crime et de suicide, dans une pareille situation convient-il de se croiser les bras et de renoncer définitivement à trouver un antidote si désirable? Mieux vaut encore, ce nous semble, tenter des moyens incertains, pourvu qu'ils se présentent dans des conditions telles qu'on puisse en attendre raisonnablement un résultat heureux, et qu'ils ne puissent donner lieu eux-mêmes à des accidents graves. Un moyen qui nous paraît satisfaire à cette double et légitime exigence vient d'être proposé par M. le professeur von Bamberger, et nous n'hésitons pas à le porter à la connaissance des lecteurs de ce journal, bien qu'aucune expérience directe n'ait été faite par le savant professeur de Wurzbourg. Voici, d'ailleurs, sur quels faits ses propositions se basent.

Lorsqu'on ajoute à de l'eau contenant des fragments de phosphore une petite quantité de sulfate de cuivre en dissolution, et que l'on chauffe modérément le mélange, on constate, au bout de quelques minutes, que les fragments de phosphore sont colorés en noir par la formation d'un phosphure de cuivre; un peu plus tard, ils se recouvrent d'un dépôt rouge de cuivre métallique qui va en augmentant; finalement tout le cuivre se trouve précipité à cet état, la liqueur est complétement décolorée et aucun réactif n'y révèle plus la présence du cuivre. Or, la vaporisation du phosphure traité de cette manière est complétement abolie, il ne donne lieu à aucun phénomène lumineux dans l'obscurité, et il faut le chauffer assez fortement pour qu'il dégage l'odeur qui lui est propre. Ce résultat est obtenu bien plus rapidement encore quand, au lieu d'opérer sur du phosphore en fragments, on fait l'expérience avec de la pâte phosphorée des allumettes.

La réaction qui vient d'être indiquée se passerait-elle de même dans l'estomac? M. Bamberger n'en doute pas; mais il faut ici compter avec l'action vomitive du sulfate de cuivre, qui serait sans doute rejeté, dans la majorité des cas, peu de temps après avoir été ingéré. Cet effet serait sans doute évité en employant à la place du sulfate de cuivre le carbonate, qui est insoluble, et qui est réduit très-rapidement par le phosphore, lorsqu'on l'additionne d'une petite quantité d'acide acétique. M. Bamberger propose, par conséquent, d'employer dans l'empoisonnement par le phosphore le traitement suivant. On commencera par donner le sulfate de cuivre à dose vomitive, après quoi on continuera à en administrer une solution étendue. Si les vomissements continuent, on remplacera cette solution par du carbonate de cuivre délayé dans un peu d'eau, qu'on fera ingérer par prises de 20 à 40 centigrammes, fréquemment répétées au début, puis de plus en plus éloignées. On fera précéder chaque

dose d'une cuillerée à bouche de vinaigre. Dans l'intervalle, on administrera de la glace pour empêcher les vomissements et diminuer, autant que possible, la vaporisation du phosphore. Après avoir suivi ce traitement pendant quelques heures, on donnera une nouvelle dose vomitive de sulfate de cuivre pour débarrasser l'estomac des débris de la substance toxique. (*Gaz. hebdomadaire.*)

De l'emploi de l'acide nitreux dans le traitement du choléra. Le docteur Monos de Luna, professeur de chimie à l'université de Madrid, recommande contre le choléra le traitement suivant, qui consiste :

1° A pratiquer trois fois par jour des fumigations avec le gaz acide nitreux, dans les appartements, aussitôt que les premiers signes de choléra existent dans une localité. On ferme les portes pendant la fumigation, qui dure cinq minutes, puis ensuite on les ouvre pour laisser s'échapper l'odeur désagréable de l'acide nitreux.

2° Si un malade est atteint de l'empoisonnement cholérique, on promènera autour de sa tête, sous la bouche et le nez, pendant quatre ou cinq secondes, le même gaz acide nitreux. Cette fumigation sera renouvelée toutes les deux ou trois heures; elle sera discontinuée aussitôt que les symptômes cholériques auront disparu.

3° Cet acide nitreux s'obtient en versant une petite quantité (un travers de doigt) dans un verre ordinaire, d'acide nitrique ou azotique du commerce; après, on projette dans le liquide de la limaille de fer ou bien une lame de cuivre, un sou, par exemple. Si l'un ou l'autre de ces agents vient à s'épuiser, on le renouvelle très-facilement.

Ce gaz nitreux renferme, suivant les expériences faites par l'auteur et reconnues exactes par les divers chimistes, un dépôt considérable d'ozone, agent précieux et comme un élément important des propriétés anticholériques de ce gaz contre les développements de l'empoisonnement cholérique.

4° Si le médecin n'arrive auprès du malade qu'au moment où celui-ci se trouve dans l'état algide, asphyxique ou cyanique, dans ce cas, au lieu de faire respirer le gaz acide nitreux, cet agent sera remplacé par de l'oxygène pur renfermé dans des flacons à large goulot, bouchés à l'émeri et conservés sous l'eau pour l'usage des malades, qui seront soumis, de temps en temps, pendant cinq minutes, aux inspirations oxygénées, jusqu'à ce que les phénomènes asphyxiques ou cyaniques aient disparu, ce qui a lieu très-promptement, dit l'auteur du mémoire.

Ce traitement, paraît-il, aurait donné d'heureux résultats. Nous ne ferons qu'une remarque. Le gaz acide nitreux n'a pas, à notre connaissance, été employé en France ; mais l'oxygène a été à plusieurs reprises, dans diverses épidémies, expérimenté, et les malades n'en ont retiré aucun bénéfice. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales.*)

Traitement du croup par la fleur de soufre. M. le docteur Lagauterie croit avoir trouvé un nouveau spécifique contre cette redoutable maladie dans la fleur de soufre, délayée dans de l'eau et administrée par cuillerée à bouche toutes les heures. Voici comment notre confrère a été amené à trouver ce médicament. Une épidémie de croup éclate dans sa commune : douze enfants atteints, douze enfants morts. Alors, pensant que les productions diphthéritiques avaient une ressemblance frappante avec le champignon qui se développe sur le raisin, il résolut de leur appliquer le soufre, qui agit si bien contre l'oïdium. Dès lors il n'eut plus que des guérisons. Cette méthode, qui n'est pas si nouvelle, puisque M. Jodin, qui l'avait déjà préconisée sous l'influence de la même théorie, a réclamé dans le même journal qui a publié le travail de M. Lagauterie, avait été employée par MM. Duché et Sénéchal qui se servaient de la fleur de soufre en insufflations pharyngiennes, et à l'intérieur le donnaient mêlé à du miel, aussi fréquemment que possible.

Nous ne pouvons que répéter ici ce que nous avons dit déjà de cette médication ([1]) :

Que penser d'un traitement basé sur l'hypothèse que les pseudo-membranes qui constituent les diverses affections couenneuses pourraient bien n'être en réalité qu'un parasite végétal? Or il est bien prouvé par les

([1]) *Du traitement du croup par Fischer et Bricheteau, internes à l'hôpital des Enfants.* A. Delahaye, édit., 1863 (2e édition), p. 35.

études micrographiques que les exsudations diphthéritiques n'ont aucun rapport avec les parasites végétaux.
(*Gaz. des Hôpitaux.*)

Deux cas d'aphonie guérie par l'électricité. M. Philippeaux, de Lyon, vient d'observer le fait suivant : Il a été appelé auprès d'une jeune fille atteinte d'aphonie à la suite d'une vive contrariété. Les vésicatoires, les eaux sulfureuses, les douches locales, l'électrisation localisée et plusieurs autres moyens avaient échoué. Le laryngoscope fit voir la glotte large, triangulaire, sans inflammation. On ne pouvait alors admettre que la paralysie des cordes vocales. L'innervation supprimée devait être rétablie par l'électrisation du nerf laryngé et des muscles du pharynx. C'est ce qui eut lieu, en effet, par le procédé qu'a indiqué Duchenne, de Boulogne. L'un des excitateurs métalliques étant introduit dans le pharynx, l'autre agit à travers les muscles crico-thyroïdiens. La cure a été instantanée, et depuis la parole et le chant n'ont pas fait défaut. Il a suffi pour obtenir ce résultat d'une simple action perturbatrice d'une rapidité extrême; l'excitateur était à peine introduit que l'aphonie avait disparu, tandis que vingt-cinq séances d'électricité à l'extérieur avaient été inutiles. Le même médecin rapporte à ce propos le fait d'une dame aphone guérie par l'usage d'une douche froide dans l'intérieur de la gorge, et rappelle l'observation d'une jeune fille hystérique aphone, guérie d'abord de son aphonie par une séance électrique, puis reprise d'une crise hystérique et atteinte le lendemain de nouveau de la perte de la parole, qui cessa pour donner lieu à une paralysie du bras, remplacée elle-même par une paralysie de la jambe. La médication électrique finit par avoir raison de tous ces phénomènes hystériques.

Le docteur Vernay a observé de son côté un cas de paralysie rhumatismale du larynx, dont la guérison a été également obtenue par l'électricité. Un homme avait subi, il y a quatre ans, un refroidissement brusque suivi de faiblesse marquée et progressive du bras droit, qui ne pouvait plus être élevé spontanément, avec extinction presque complète de la voix. La maigreur du sujet était accusée, les fosses sus et sous-épineuses étaient très-dessinées, le côté droit plus maigre que le gauche. Il y avait atrophie musculaire et paralysie du mouvement portant sur le nerf spinal qui préside au larynx et au muscle trapèze. L'électricité d'induction a fait disparaître ces phénomènes, mais avec lenteur et progressivement. (*Société impériale de médecine de Lyon.*)

Traitement de la conjonctivite granuleuse. Nous empruntons à une des leçons cliniques du docteur Foucher, agrégé à la Faculté, quelques considérations intéressantes relatives au traitement de la conjonctivite granuleuse.

Les indications thérapeutiques qui dominent le traitement de cette affection sont les suivantes : faire disparaître les granulations soit en favorisant leur résorption, soit en modifiant la conjonctive et lui substituant un tissu cicatriciel; la première seule de ces indications peut et doit être utilement remplie.

Dans la forme sur-aiguë, outre les émissions sanguines locales, les scarifications de la conjonctive lesquelles doivent être nombreuses et superficielles, on emploiera les applications topiques froides; lorsque l'affection sera moins aiguë, mais alors seulement, on devra avoir recours aux cautérisations par le nitrate d'argent, soit à l'aide d'une solution, soit en la touchant partiellement avec le crayon (Courserant); quelle que soit la méthode employée, il faut passer immédiatement sur la surface cautérisée une solution de sel marin pour limiter l'action caustique du nitrate employé.

Dans tous les cas de conjonctivite chronique, les cautérisations au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre sont douloureuses et ne doivent être faites que tous les deux ou trois jours. On peut les remplacer par l'usage du glycerolé d'amidon au sulfate de cuivre, selon la formule de Graefe :

Sulfate de cuivre, 10 à 15 centigr.
Glycerolé d'amidon, 5 grammes.

M. Foucher recommande l'emploi des crayons ou de glycerolé de tannin dont il a obtenu les meilleurs effets. Les cautérisations à l'acide chromique conseillées par M. Hairion doivent être faites avec la plus grande prudence; elles sont très-énergiques et peuvent être dangereuses. M. Foucher ne se prononce pas sur la valeur qu'il convient d'attribuer à l'acétate neutre de plomb, dont les ophthalmologistes belges, Ruys, Testelin, War-

lomont, disent avoir retiré les meilleurs effets. Quant au procédé qui consiste à exciser la conjonctive, il doit être formellement condamné : il réussit rarement, et la cicatrisation vicieuse qui en est la suite peut amener le trichiasis, l'entropion, l'oblitération des points lacrymaux.
(*Gaz. médicale.*)

Nécessité des hautes doses d'iodure de potassium dans certains cas de syphilis tertiaire. Il est des formes graves de syphilis tertiaire où les doses ordinaires d'iodure de potassium restent sans effet, quelque longtemps qu'on les continue, tandis qu'il peut suffire d'administrer le même médicament à fortes doses pour voir la maladie se modifier dans sa marche et guérir avec rapidité. Tel est un cas que nous avons reproduit dans le temps (1847, t. XXXII), d'après Gauthier, de Lyon, dans lequel la cicatrisation d'ulcères syphilitiques anciens et accompagnés d'accidents graves ne put être obtenue qu'en élevant à 8 grammes la quantité d'iodure donnée chaque jour. Tels sont aussi les faits suivants, que nous empruntons au docteur Henry Smith, médecin-adjoint à King's College Hospital.

Dans le premier de ces faits, il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, grand et bien développé, qui entra à l'hôpital, le 24 janvier 1865, pour une vaste ulcération de la face, couvrant la totalité de celle-ci, à l'exception d'une partie du front et de l'oreille gauche, et présentant les caractères les mieux marqués de l'ulcération syphilitique tertiaire de la peau. Cet infortuné était vraiment hideux, et sa santé avait subi une profonde atteinte. Il portait, de plus, un large ulcère de mauvaise nature, au-dessus de la malléole externe du côté droit, qui s'était étendu en profondeur jusqu'à dénuder l'os sous-jacent. Il avait eu un chancre vingt ans auparavant, lequel avait été suivi, à des époques plus ou moins distantes, de manifestations diverses, secondaires et tertiaires, qui avaient toujours cédé à un traitement approprié. Mais l'ulcération actuelle durait depuis trois ans, et s'était montrée rebelle à tous les moyens mis en usage par plusieurs médecins très-expérimentés des hôpitaux de Londres. Entre autres médicaments, le malade avait pris beaucoup d'iodure de potassium, mais seulement toujours à faible doses, ne dépassant pas 5 grains (un peu plus de 30 centigr.).

M. Smith prescrivit le repos au lit, un régime alimentaire généreux, et 20 grains (13 décigrammes) d'iodure de potassium, répétés trois fois par jour. Au bout d'une semaine, il y avait déjà des signes manifestes d'amélioration, diminution de l'étendue des ulcérations, augmentation de l'appétit, état général meilleur ; aucun inconvénient appréciable, d'ailleurs, do si hautes doses d'iodure. Elles furent portées à 30 grains (près de 2 grammes) chacune, et. quinze jours après, les ulcérations étaient plus d'à moitié cicatrisées. La continuation du traitement amena en six semaines une guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

Le second exemple a été observé chez un homme déjà d'un certain âge, atteint d'une ulcération serpigineuse du pénis, qui, après avoir commencé six mois auparavant, avait déjà détruit le prépuce et une partie du scrotum, sans montrer aucun signe d'amendement. Cet ulcère était caractérisé par une douleur extrêmement vive, tant le jour que la nuit. Un des points qui rendent cette observation remarquable, c'est que, sous l'influence des hautes doses d'iodure de potassium, il se manifesta des symptômes très accusés d'iodisme. Dans les cas de ce genre, dit M. Smith, il ne faut pas supprimer le médicament, mais en réduire considérablement la quantité administrée journellement, puis l'augmenter ensuite de nouveau, mais graduellement et avec précaution, jusqu'à ce qu'on obtienne des effets évidents sur le mal ; l'on voit ainsi celui-ci céder peu à peu et guérir complétement. C'est ce qui arriva dans le fait qui vient d'être analysé. (*British med. journ.*, 24 fév. 1866.)

Du délire d'inanition dans les maladies ; son diagnostic et son traitement. Le but que s'est proposé M. le docteur Becquet, dans un très-intéressant mémoire qu'il a publié récemment sur le délire d'inanition, n'a pas été d'en affirmer l'existence ; cette existence est une vérité que personne ne méconnaît, et que nul n'a le droit d'ignorer. Il a voulu seulement rechercher si ce délire ne se présente pas avec des caractères qui lui soient propres, et qui permettent d'en établir nettement le diagnostic à l'exclusion des autres formes de délire secondaire fréquemment observées à la fin des maladies

longues, surtout des fièvres graves. Il est clair qu'une telle recherche intéresse la pratique, car en fournissant les éléments d'un diagnostic sûr, elle conduit à instituer le seul traitement qui soit susceptible de procurer non-seulement la disparition de ce délire. mais encore le rétablissement du malade.

Or, se fondant tant sur des observations qui lui sont propres et qu'il rapporte, que sur l'examen d'observations empruntées à des médecins dont le nom fait autorité, Chomel, Andral, M. Becquet établit que le délire d'inanition se présente sous un aspect qui est toujours le même et qui doit être caractérisé en ces termes: délire calme et tranquille, provoqué par des hallucinations. Il en reconnaît deux degrés ou deux formes: l'une, *bénigne*, qui paraît au début de l'état que Chossat a désigné sous le nom d'*inanitiation*, et qui en est pour ainsi dire la première manifestation: l'autre *grave*, dont l'apparition est plus lente, et est précédée des symptômes d'une inanition déjà plus ou moins avancée, amaigrissement, prostration des forces, accélération du pouls sans augmentation de chaleur à la peau, etc. Dans l'une et l'autre forme, le début est brusque, sans avoir été précédé de symptômes cérébraux. Dans la première, le malade prononce tout à coup des paroles incohérentes qui surprennent les assistants, et cependant répond encore pertinemment aux questions qu'on lui adresse; mais bientôt, constamment occupé des hallucinations qui l'obsèdent, il ne s'en laisse plus distraire qu'avec peine, et y revient promptement. Dans la seconde, le délire, d'abord vague et intermittent, devient bientôt continu et se manifeste par un marmottement à peu près ininterrompu de paroles inintelligibles, par la fixité du regard vers un point de l'espace sur lequel l'attention semble se concentrer, par la carphologie, etc.

Mais le délire calme, halluciné, résultat d'une atonie cérébrale, est-il toujours un signe d'inanition? Sans doute l'atonie du cerveau peut être aussi attribuée à l'influence déprimante de la cause morbide elle-même. En tout cas, ce délire indique l'emploi d'un traitement franchement tonique, tandis que le délire aigu, agité, annonce au contraire un état de surexcitation cérébrale, et trace une autre règle de conduite.

Dans le délire d'inanition, l'usage des révulsifs et des dérivatifs serait un non-sens; donner l'opium, les antispasmodiques, serait inutilement fatiguer l'estomac et perdre un temps précieux; il faut négliger le symptôme et traiter la maladie qui est l'inanition. Voici les préceptes établis par M. Becquet, et qui doivent guider le médecin: — 1° Dans les cas de *mort apparente*, il faut d'abord et avant tout réchauffer artificiellement le malade; car, sans ce point obtenu, pas de digestion possible. — 2° Quand le délire se présente sous sa forme grave, on doit alimenter rapidement, sans hésitation; donner presque du premier coup la quantité d'aliments que consomme un homme en santé, ne pas craindre même d'aller au delà, car il faut non-seulement faire place au besoin de réparation, mais suffire encore aux pertes excrémentitielles considérables qui ont lieu pendant les premiers jours du retour à la vie. —3° Cette formule du traitement n'est pas absolue, et n'est plus applicable dans les conditions moins avancées de l'inanition; il faut mesurer la quantité des aliments au degré de l'inanition sous peine de provoquer et d'entretenir un délire aigu, violent, délire secondaire qui indique une excitation dans les fonctions cérébrales. — 4° A quelque moment qu'il se produise, le délire secondaire doit engager à apporter plus de réserve dans l'alimentation.— 5° A propos du traitement de l'inanition se pose toujours une question capitale: l'aptitude digestive de l'estomac. C'est le plus souvent parce que l'estomac s'était refusé à conserver les aliments qu'on lui confiait, que le malade est réduit à cette extrémité: peu à peu il en était arrivé à rejeter une cuillerée de bouillon ou de lait. Eh bien, c'est au moment où il va mourir qu'il faut réparer cette erreur de diététique; et, chose remarquable, même dans ces circonstances suprêmes, l'estomac s'y prête: tel malade qui avait rejeté les boissons alimentaires les plus légères conserve d'abord du bouillon consommé et du vin, et de la viande dès le second jour, voire même dès le premier. (*Archiv. gén. de méd.*, fév. et mars 1866.)

Curabilité de la syphilis hépatique. Tous les auteurs ne professent pas la même opinion relativement à la curabilité des affections syphilitiques du foie. Les uns admettent que la syphilis de la glande hépatique est susceptible de guérison;

d'autres pensent qu'elle est réfractaire à tout traitement, et conduit tôt ou tard à une terminaison fatale. Cependant des faits bien observés et déjà nombreux, qui ont été publiés, et dont quelques-uns se trouvent consignés dans ce journal, démontrent que cette dernière manière de voir n'est pas exacte. M. le professeur Leudet, de Rouen, vient, dans un excellent mémoire, de reprendre l'examen de cette importante question, et il se prononce en faveur de la curabilité de ces graves altérations, apportant en preuve des exemples, les uns nouveaux, d'autres déjà connus, qui légitiment son opinion. Nous empruntons à notre savant collaborateur les conclusions par lesquelles il termine son travail. — 1° Les lésions du foie peuvent être des inflammations actives, circonscrites ou diffuses, de la glande, des phlegmasies périphériques. D'autres fois la surface du foie est seule atteinte; les gommes manquent plus souvent qu'elles n'existent. — 2° Les lésions dites *syphilitiques du foie* s'accompagnent quelquefois d'hypertrophie supplémentaire des éléments normaux de la glande, ou bien d'une dégénérescence amylacée ou séreuse de cet organe. — 3° Ces lésions, associées ou isolées, font varier les symptômes généraux ou locaux. — 4° La lésion syphilitique du foie peut être latente; d'autres fois elle s'annonce par de l'ictère, une douleur gravative locale, prononcée surtout dans la marche et dans la station, enfin par une hypertrophie de l'organe. — 5° La syphilis du foie est fréquente pendant la vie intra-utérine, chez l'enfant nouveau-né atteint de syphilis congénitale; on l'observe encore chez des jeunes sujets, ou chez des vierges, sans qu'on puisse déterminer si l'infection a été méconnue, ou si la diathèse est congénitale. — 6° Le développement de la maladie peut se faire dans la période dite secondaire, plus souvent dans la tertiaire. — 7° Son début et sa période de croissance peuvent durer plusieurs années; d'autres fois elle est rapide et peut se faire en quelques mois. — 8° La syphilis du foie est curable lorsqu'elle est caractérisée par une hypertrophie simple de l'organe, lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes hydropiques, et même d'albuminurie. — 9° La guérison obtenue peut être durable et persister encore au bout de sept ans. — 10° Les rechutes de la maladie ne sont pas rares; elles peuvent survenir après un intervalle de plusieurs années de bonne santé; elles sont même encore susceptibles de guérison. — 11° La rapidité de l'amélioration est telle que les symptômes morbides peuvent avoir disparu au bout de peu de semaines de traitement. — 12° L'iodure de potassium, les mercuriaux, l'iodure de fer, sont les moyens de traitement dont l'efficacité est la mieux démontrée. (*Arch. gén. de méd.*, févr. et mars 1866.)

De l'emploi de l'acide citrique contre les douleurs cancéreuses. Nous avons parlé, l'année dernière [1], des bons effets obtenus par M. le docteur L. Brandini (de Sienne) d'une solution d'acide citrique comme moyen palliatif des douleurs causées par les lésions cancéreuses. Depuis lors, MM. J. Denny (de Birmingham) et Barclay ont obtenu, à l'aide de ce moyen, des effets analogues. M. Denny l'a employé, avec un plein succès, dans deux cas de cancer du sein, dans un cas de cancer de l'utérus et dans un cas de cancer de la langue. Chez le dernier malade, un ancien matelot, âgé de soixante et dix ans, la dégénérescence cancéreuse avait envahi l'organe à une profondeur trop grande pour que l'on pût songer à l'opérer. Le malade était exténué par des hémorrhagies incessantes et par des douleurs intolérables, que l'on avait combattues, sans grand bénéfice, par des doses énormes de morphine, de chloroforme, de chlorodyne, de ciguë, etc. Cet homme avait entendu parler des faits publiés en Italie, et, sur sa demande, M. Denny lui prescrivit un collutoire à l'acide citrique (8 grammes sur 250 d'eau), sans compter, d'ailleurs, sur le succès de ce moyen. Contrairement à son attente, la sédation des douleurs fut rapide et presque complète. Comme dans les faits de M. Brandini, cet effet était assez fugace, mais on remédiait facilement à cet inconvénient en répétant souvent l'usage du collutoire. (*The Lancet.*)

E. Barclay a obtenu un résultat analogue chez un homme qui était atteint d'une énorme tumeur cancéreuse du cou, située à l'angle de la mâchoire; plusieurs chirurgiens consultés avaient refusé de tenter l'opération. Des douleurs très pénibles fatiguaient ce malade et lui rendaient la vie impossible. Ayant entendu parler des propriétés de l'acide citrique, il vint prier son médecin d'en faire l'essai. Celui-ci lui prescrivit pour lotions 2 grammes d'a-

---

(1) T. LXX, p. 428.

cide citrique dissous dans 250 grammes d'eau. Quelques jours après, les douleurs étaient calmées, à la grande satisfaction du malade, qui avait usé d'une foule de moyens sans soulagement, à l'exception des injections hypodermiques de morphine. Pendant plusieurs semaines ce traitement fournit les mêmes bons résultats, et sa cessation fut bientôt suivie de la réapparition des douleurs. Il fallut y revenir.

Partant de ce fait, M. Barclay a fait d'autres expériences avec les acides citrique et carbolique (par exemple, 6 grammes sur 250 grammes d'eau). Voici en quels termes il résume les résultats de ces essais. Le degré de concentration doit être varié selon les cas, et augmenté en proportion de l'accoutumance. Non-seulement il a vu, par l'emploi de ces topiques, cesser des douleurs qui jusque-là avaient été rebelles à toute médication, que même l'injection hypodermique n'avait calmées que partiellement, mais aussi il a obtenu que les malades reprissent l'appétit et le sommeil perdus, et que leur nutrition s'améliorât au point qu'ils étaient, au bout de quelques semaines, méconnaissables.

M. Barclay attribue en partie cet effet au pouvoir que possèdent les acides plus ou moins concentrés de dissoudre les cellules cancéreuses. Classant, enfin, les trois acides précités d'après la nature plus spéciale de leurs propriétés thérapeutiques, il reconnaît à tous les trois une action égale pour apaiser les douleurs; mais l'acide carbolique l'emporte sous le double rapport de l'effet neutralisant de la fétidité et du pouvoir dissolvant des cellules cancéreuses. (*The British medical Journal* et *Gaz. méd. de Lyon*.)

VARIÉTÉS.

Mode de propagation du choléra.

L'étude de la dernière épidémie de choléra, dont nous sommes encore les victimes, a permis de juger une question qui est à nos yeux définitivement résolue, celle de la propagation et de la transmissibilité de cette maladie. Nous en trouvons une preuve bien évidente dans le rapport de la Conférence sanitaire internationale réunie à Constantinople, rédigé par le docteur Fauvel, et nous n'hésitons pas à reproduire l'exposé de cette mémorable enquête, tel qu'il se trouve dans les *Archives de médecine*, avec quelques réflexions du savant rédacteur, M. Lasègue, qui lui donne son adhésion pleine et entière, « heureux, dit-il, de voir confirmer les idées que nous avons toujours cherché à faire prévaloir. »

Nous faisons suivre ce document d'une instruction préservatrice du choléra publiée par le conseil privé de la Grande-Bretagne, et l'on y remarque la même conformité de vues sur la contagion du choléra.

1° *Origine et genèse du choléra, endémicité et épidémicité de cette maladie dans l'Inde.* Il est hors de doute que, bien avant 1817, dès le seizième siècle, on avait observé dans l'Inde une maladie ayant la plus grande analogie avec le choléra de notre époque et sévissant parfois sous forme d'épidémie violente. A partir de la fin du siècle dernier, il ne fut plus question de choléra épidémique dans l'Inde ou ailleurs jusqu'en 1817. A dater de l'épidémie de 1817, le choléra prend un caractère envahissant, il gagne de proche en proche, pénètre en Europe en 1823, où il apparaît à Astrakan, et ne s'y répand réellement qu'en 1830, mais il reste endémique dans l'Inde.

En dehors de l'Inde et des contrées limitrophes, le choléra asiatique, envahissant, ne s'est jamais développé spontanément et n'a jamais été observé à l'état d'endémie ni en Europe, ni dans la Turquie d'Asie, ni dans le nord de l'Afrique, ni dans les deux Amériques; il y est toujours venu du dehors. On comprend qu'il importe de ne pas confondre avec les foyers d'origine les foyers secondaires, plus ou moins tenaces.

Sans rejeter la possibilité du fait, rien n'autorise à craindre que le choléra ne vienne s'acclimater dans nos pays. Même dans le Hedjaz, qui a été particulièrement mis en suspicion, le choléra a toujours coïncidé avec l'époque du pèlerinage et ne paraît pas avoir eu de foyer originel.

Dans l'Inde, le choléra ne se manifeste pas partout avec la même fréquence

et de la même manière; il n'est endémique que dans une portion limitée et surtout dans la vallée du Gange proprement dite, mais les notions officiellement transmises sont trop insuffisantes pour qu'on puisse préciser sa distribution géographique. On ignore les conditions spéciales qui favorisent l'endémicité, et, quant à la propagation des épidémies, la seule loi positive est que les pèlerinages sont la cause la plus puissante de toutes celles qui concourent à leur développement.

2° *Transmissibilité et propagation.* Si bien démontrée que soit aujourd'hui la transmissibilité du choléra, la commission a cru, avec raison, devoir en rassembler toutes les preuves.

Dès la première épidémie de choléra en Europe, on avait remarqué que la maladie suivait de préférence les grandes voies de communication. Les épidémies ultérieures, moins aisément étudiées dans leur marche, n'ont fait que confirmer cette observation; soit que, comme dans les deux premières invasions en Europe, le choléra ait suivi la voie de la terre, soit que, comme en 1865, il ait plus particulièrement suivi le mouvement maritime.

Le choléra n'a jamais eu de direction fatale de l'est à l'ouest. La loi de propagation par les courants humains a été tellement mise en évidence par l'épidémie de 1865 que le doute n'est plus permis. Le choléra s'attache à l'homme et ne voyage pas sans lui: la vitesse de sa marche a dû être et a été en rapport avec la célérité des moyens de transport. Il suffit pour s'en convaincre de comparer la progression des deux premières épidémies venues par terre, animées d'une vitesse inégale, souvent ralentie, avec la rapidité prodigieuse, sans être jamais supérieure à celle des moyens de transport, de la course faite par l'épidémie de 1865.

Le choléra part de l'Inde à la fin de l'hiver, ou de la Mecque à la fin de mai; il est parvenu en Amérique dans le courant d'octobre, après avoir traversé la France et sans compter les pointes qu'il pousse de divers côtés; ainsi il met trois mois et demi pour arriver des lieux saints de l'islamisme à Paris, et neuf mois pour parcourir la moitié de la circonférence de la terre.

La transmission de la maladie par l'arrivée de provenances d'une localité infectée dans un endroit sain jusque-là n'est pas moins bien établie. Outre les exemples concluants rapportés en si grand nombre par les observateurs de 1817 à 1854, il suffit de s'en référer aux faits dont nous venons d'être témoins et qu'on ne saurait récuser. L'invasion de l'épidémie à Constantinople, importée par la frégate *Moukbiri-ouzuur*, venant d'Alexandrie infectée, celle de l'épidémie de Borchi en Russie, d'Altenbourg en Saxe, de Toydon Bois en Angleterre, et tant d'autres, sont surabondamment probantes.

Une fois introduite dans une localité, l'épidémie s'y propage en vertu des mêmes règles, mais seulement sa marche est moins facile à tracer.

Enfin, à titre de contre-épreuve, les expériences ne manquent pas davantage pour montrer que le choléra ne se développe pas dans les lieux où un cordon sanitaire vraiment rigoureux est établi. La commission rappelle l'exemple de la cour de Pétersbourg qui, séquestrée en 1831 à Peterhof et à Tsharkoselé, et composée de dix mille personnes, reste indemne; l'immunité de la Grèce, atteinte en 1854 quand les précautions sanitaires ont été négligées, prémunie en 1865 par un isolement rigide; la préservation de la Sicile qui, en 1854, a interrompu absolument toute communication avec les pays même suspects.

En somme, il est acquis que le choléra n'a jamais passé d'un lieu à un autre sans communication; qu'il n'a jamais marché, et cela sans exception, plus vite que l'homme dans ses migrations; qu'aucun fait n'autorise à admettre que le choléra puisse se propager au loin par l'atmosphère seule, dans quelque condition qu'elle soit.

L'homme atteint de choléra est le principal propagateur de la maladie: un seul cholérique peut donner lieu à une épidémie. Il est probable que des individus venant d'un lieu contaminé, et souffrant seulement de la diarrhée spécifique dite prémonitoire, peuvent importer le choléra et devenir l'origine d'une épidémie. Ici l'enquête est d'une telle difficulté, elle offre tant de chances d'inexactitude que l'on ne saurait être trop réservé.

La question de l'incubation figure au rang des plus importantes, puisque c'est sur sa solution que reposent les mesures sanitaires. La durée de l'incubation est courte et ne paraît pas dépasser quelques jours ou même quelques heures. Dans les navires partant d'un foyer cholérique, la maladie éclate presque constamment durant les premiers jours de la traversée. Les faits invoqués en faveur

d'une incubation plus prolongée et portée jusqu'à vingt jours donnent matière à plus d'un doute, surtout si on adopte, avec la commission, l'opinion, que nous partageons complétement, que la diarrhée dite prémonitoire est déjà une intoxication cholérique.

Le choléra peut-il être importé par des animaux vivants? La commission se borne à répondre qu'aucun fait connu n'établit la réalité de cette transmission, mais qu'il est prudent de la considérer comme possible.

Il n'en est plus de même des effets à l'usage des cholériques, ou ayant été souillés par leurs déjections, et cependant il serait difficile de réunir en nombre décisif des exemples qui ne se prêtent à aucune autre interprétation. Bien que ce mode de transmission soit admis et presque démontré dans la généralité des cas, les effets provenant d'un foyer cholérique n'importent pas la maladie; à plus forte raison est-il peu probable que les marchandises servent de véhicule au germe morbide. La commission, après de longs débats, conclut, à la majorité de 16 voix contre 6, à la possibilité du fait dans certaines conditions qu'elle n'indique pas.

Après avoir étudié le rôle des principaux agents auxquels on peut attribuer l'importation du choléra, la commission examine la part qui revient aux divers moyens de communication, soit par terre, soit par mer. Elle considère successivement l'influence des déserts, celle des agglomérations d'hommes, suivant les milieux où ils sont rassemblés, suivant les conditions dans lesquelles ces concentrations s'opèrent.

De tous les moyens de transport, le plus dangereux est le transport maritime: un navire infecté porte en lui tout ce qui constitue un foyer cholérique.

Par contre, la traversée d'un grand désert est le meilleur obstacle à la marche de la maladie. Pendant le trajet, une caravane nombreuse, partie d'un point infecté, s'en débarrasse peu à peu, pourvu que son voyage ne dure pas moins d'une vingtaine de jours. Jamais, et le fait est à la fois authentique et curieux, la caravane de pèlerins, partie de la Mecque, où régnait l'épidémie, ne l'a importée à Damas La maladie s'est toujours éteinte après une semaine ou deux de marche. La règle, vérifiée par de nombreuses épreuves, est également vraie pour les déserts du nord de l'Afrique et de l'Amérique.

L'intensité des épidémies de choléra, à bord des navires, est en général proportionnée à l'encombrement, et d'autant plus violente, toutes choses égales d'ailleurs, que les passagers ne sortent pas d'un foyer cholérique où ils auraient séjourné. La marche des épidémies est d'ordinaire rapide, mais le danger d'importation par les navires, et celui de donner lieu à une épidémie grave, ne sont pas subordonnés à l'intensité, ni même à l'existence des accidents cholériques constatés pendant la traversée. La redoutable épidémie de la Guadeloupe vient à l'appui de cette dernière proposition.

L'agglomération dans les lazarets, moins défavorable et cependant dangereuse pour le voisinage, est propre à y favoriser la propagation du choléra. Le rapport cite les relevés officiels empruntés aux lazarets de Turquie, et qui, tout en conservant leur valeur scientifique, sont sans application au reste de l'Europe.

Personne ne songe actuellement à contester que les grandes agglomérations d'hommes, armées, foires, pèlerinages, constituent de grands foyers épidémiques. A cette donnée positive il convient d'ajouter que ces agglomérations, après avoir subi d'une manière ordinairement rapide l'influence du choléra, y deviennent beaucoup moins sensibles et que la maladie disparaît même très-promptement, à moins que de nouveaux arrivés ne viennent l'entretenir.

Ici se place tout naturellement la question du rôle qui revient au pèlerinage de la Mecque dans les épidémies cholériques qui se sont succédé jusqu'à nos jours, particulièrement en Egypte. Les médecins de Constantinople, qui avaient à leur disposition les documents officiels les plus positifs, s'arrêtent aux propositions suivantes:

« Il est à noter que, des cinq épidémies qui ont désolé l'Egypte depuis 1831, deux seulement ont coïncidé avec le retour des pèlerins et alors que ce retour coïncidait avec la saison chaude, en 1831, juillet, et en 1865, juin. De ces deux épidémies, la première, qui a commencé avec leur retour par mer, a probablement été importée par eux, bien que le fait n'ait pas été clairement démontré, mais la seconde certainement A ce propos, il convient de faire remarquer que le transport des pèlerins de Djeddah à Suez par des navires à vapeur ne remonte qu'à l'année 1858. Cette rareté n'est donc pas une garantie pour l'avenir. »

Le rapport se termine par l'examen d'une dernière question dont il est impossible de méconnaître l'importance : pendant combien de temps un individu atteint de diarrhée prémonitoire ou de choléra confirmé peut-il transmettre la maladie ?

La discussion a porté surtout sur la durée possible de la diarrhée prémonitoire, qui, d'après l'expérience, aurait, comme le choléra confirmé, la propriété de transmettre la maladie. Après de longs débats, la commission a adopté la formule suivante :

« L'observation montre que la durée de la diarrhée cholérique, dite prémonitoire, qu'il ne faut pas confondre avec toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra, ne dépasse pas quelques jours. Les faits cités comme exceptionnels ne prouvent pas que les cas de diarrhée qui se prolongent au delà soient susceptibles de transmettre la maladie quand l'individu a été soustrait à toute autre cause de contamination. »

Instruction du conseil privé de la Grande-Bretagne concernant les précautions à prendre contre le choléra.

« Relativement au choléra qui menace, il est deux dangers contre lesquels il importe de s'armer d'une extrême vigilance :

« Le premier serait de faire usage, pour la boisson, d'eau qui pourrait avoir été contaminée (même légèrement) par l'immixtion de substances impures fournies par des accumulations d'immondices ou des fuites de canaux destinés à conduire les matières excrémentitielles ou les eaux ménagères, ou par l'imbibition du sol au voisinage de ces réceptacles ;

« Le second danger consisterait à respirer des effluves de même nature.

« Il importe de parer à ces inconvénients en faisant disparaître toute accumulation de matières impures, en soumettant à un examen minutieux les canaux éducteurs des lieux d'aisances et des eaux sales, en remédiant aux fuites par lesquelles peuvent s'échapper non-seulement les produits, mais encore leurs émanations ; en faisant nettoyer avec soin et blanchir à la chaux les maisons et les appartements qui sont en mauvais état ; en désinfectant journellement les fosses d'aisances et en soumettant à une inspection soignée les points du sol dont la porosité se prête à des infiltrations, ainsi que les sources, citernes et réservoirs.

« L'extrême importance de ces précautions sera d'autant mieux comprise qu'on se rendra plus facilement compte du mode spécial de propagation du choléra.

« Heureusement pour l'humanité, le choléra est si peu contagieux, au moins dans le sens de la contagion propre à la variole et au typhus, que les personnes qui assistent et soignent les cholériques ne courent (moyennant certaines précautions) pour ainsi dire aucun risque de gagner la maladie.

« Mais le choléra a un mode spécial et caractéristique de contagion qui (ainsi que cela va être exposé), à la faveur de conditions hygiéniques mauvaises, peut se prononcer avec une intensité terrible et dans un rayon très-étendu.

« Il a cela de particulier que, non-seulement quand il a atteint sa forme la plus grave, mais encore quand il n'est qu'à l'état de diarrhée prémonitoire, ce sont les déjections des malades qui sont les porteurs du principe contagieux.

« Ce n'est point au moment même de leur émission, mais plus tard, et à mesure qu'elles subissent la décomposition naturelle, qu'elles développent au plus haut degré le germe de l'infection.

« Si donc ces matières sont jetées et répandues sans avoir été préalablement désorganisées, elles communiquent leur puissance d'infection à toutes les matières excrémentitielles auxquelles elles se mêlent dans les fosses, les canaux et les porosités du sol.

« Si, par l'imbibition de la terre, elles parviennent jusqu'aux sources et aux réservoirs d'eau, elles peuvent en empoisonner des volumes considérables.

« En s'attachant au matériel du couchage et au linge qui a servi à l'usage des malades, elles infectent les objets qui, s'ils n'ont pas été purifiés avant d'être portés à la lessive ou ailleurs, sont susceptibles de propager la maladie à de très-grandes distances.

« La coopération de ces conditions de mauvaise hygiène est la loi *sine quâ non* de l'extension du fléau, et une population n'est réellement en danger que

quand on n'y a pas obvié et qu'on a omis les moyens d'assurer l'entière pureté de l'air et de l'eau potable.

« En ce qui concerne la sécurité individuelle, la principale règle à observer est de vivre de la manière que notre expérience personnelle nous a indiquée comme la plus favorable à la santé; de se préserver autant que possible des grandes vicissitudes de température et de fatigues excessives, et, au point de vue du régime, d'éviter tout acte d'intempérance et tout aliment ou boisson qui peuvent troubler les fonctions digestives; mais il n'y a aucune raison de changer nos habitudes d'existence, ni de se priver de l'usage des fruits et des légumes.

« Il n'y a lieu de recourir ni à un mode d'alimentation différent de celui des temps ordinaires, ni de prendre des médicaments préventifs.

« Là où le choléra est imminent ou a déjà paru, les dérangements intestinaux doivent être l'objet d'une attention toute particulière.

« Le plus souvent, la diarrhée représente le premier et un des plus faibles degrés de l'épidémie, et peut, à un moment donné, se convertir subitement en choléra; et, outre l'intérêt que ce symptôme réclame au point de vue de la sécurité individuelle, il ne faut pas oublier qu'il est susceptible par lui-même de devenir un moyen d'infection pour les alentours.

« Il est très-vraisemblable, d'ailleurs, que des diarrhées qui n'ont rien de commun avec l'influence épidémique comportent néanmoins une prédisposition au choléra.

« Il est donc, dans ce cas, urgent de surveiller avec sollicitude tous les cas de dérangement, d'instituer à cet effet des visites médicales dans les maisons de la classe pauvre, d'y apporter les conseils et les soins médicaux, et de donner à ce sujet des avis réitérés aux classes aisées.

« Par ordre des lords du conseil privé,

« *Signé :* SIMON. »

Nouvelles du choléra. — Les journaux de médecine ayant été invités à s'abstenir de publier le bulletin du choléra à Paris, nous ne donnerons pas à nos lecteurs le chiffre journalier des décès; nous nous contenterons de dire que la mortalité est à peu près la même depuis notre dernier numéro.

A Marseille et à Amiens, l'épidémie est en décroissance; on peut la considérer comme terminée dans cette dernière ville.

En Angleterre, dans la dernière semaine de juillet, on a compté, à Londres, 904 décès cholériques et 349 par suite de diarrhée; total : 1253.

En Allemagne, le choléra sévit avec violence, surtout en Prusse.

Le corps médical d'Amiens, déjà si cruellement éprouvé, vient de payer un nouveau tribut à l'épidémie. M. le docteur Jules-François James, chevalier de la Légion d'honneur, secrétaire à l'Ecole de médecine, professeur adjoint à l'Ecole de médecine, etc., a succombé mardi dernier aux atteintes du terrible fléau qui désole cette ville. Comme ses deux confrères si regrettés, le docteur Léger et le docteur Thuillier, il est mort en se dévouant à sa noble et parfois, hélas ! dangereuse mission.

A Paris, M. Gibort, membre de l'Académie de médecine, vient de succomber à une attaque de l'épidémie régnante.

Un autre confrère, M. Franck Chaussier, fils de l'illustre Chaussier, en a été également la victime.

Par décret en date du 14 juillet, ont été nommés chevaliers dans la Légion d'honneur : M. le docteur Schaken, médecin en chef, et M. Parizot, médecin de l'hôpital Saint-Charles, à Nancy; M. le docteur Saucerotte, médecin en chef de l'hospice de Lunéville.

Un décret impérial, en date du 25 juillet, porte :

Art. 1er. Une médaille d'honneur (en or) est accordée à Mme Cornuau, femme du préfet de la Somme, pour son courage et son dévouement dans l'épidémie cholérique d'Amiens.

Art. 2. L'exergue de cette médaille portera cette inscription :

L'Impératrice Eugénie à Madame Cornuau.
Epidémie cholérique d'Amiens, 1866.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches cliniques sur le bromure de potassium et sur son emploi dans le traitement de l'épilepsie

(2e article) [1],

Par M. le docteur Auguste Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre.

3° *Emploi thérapeutique du bromure de potassium dans l'épilepsie.* — L'idée d'appliquer ce remède au traitement de l'épilepsie appartient, on le sait, à Locock, qui, en 1857, en a fait l'essai. Après lui, Sieveking, Williams, Mac-Donnell et Brown-Sequard l'employèrent sur une plus grande échelle, et arrivèrent à des résultats satisfaisants. Plus près de nous, Browne insista de nouveau sur l'action avantageuse de ce médicament, et en particulier sur l'influence sédative qu'il exerce sur la moelle allongée. Il a été, en outre, essayé par M. Moreau (de Tours), par les docteurs Fallani et Belgrave, et tout récemment il a été employé avec succès par le docteur Besnier. En somme, l'opinion générale est, malgré certains avis contraires, plutôt favorable à ce nouvel agent thérapeutique.

Parmi les malades épileptiques que j'ai traités, quelques-uns ont vu leurs accès supprimés ; l'état d'un plus grand nombre a été très-amélioré ; celui d'une certaine quantité a été un peu amélioré ; d'autres, en très-petit nombre, n'ont retiré aucun bénéfice du traitement.

A. *Malades dont les accès ont été supprimés.* — Ils sont au nombre de quatre.

Obs. I. *Epilepsie causée par onanisme, datant de cinq ans et paraissant liée à l'exagération de la force excito-motrice de la moelle. — Vingt-cinq accès. — Traitement par le bromure de potassium, suivi de la cessation des accès.* — L***, âgé de vingt ans, est bien conformé ; sa tête est ovale, normale dans ses proportions ; son intelligence est au-dessus de la moyenne.

Il s'est livré dans son adolescence à des excès d'onanisme tels, qu'il s'est une fois produit un abcès dans le tissu cellulaire du scrotum.

En 1861, apparition d'absences caractérisées depuis par une sensation de chaleur montant à la tête, du trouble dans les idées ; il s'assied, porte la main à ses yeux et perd connaissance. Cela dure quelques secondes, et le malade se relève continue ce qu'il était

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 97.

en train de faire. Six mois après la première absence, attaque épileptique : sensation de chaleur se rendant de l'abdomen à la tête; cri rauque; perte de connaissance; chute en arrière ou de côté; rougeur intense de la face; roideur tétanique générale; secousses des membres et de la tête; écume sanguinolente, et morsure de la langue; puis collapsus.

Au bout de deux à trois minutes, il se releva, ne comprit pas où il était; pendant un quart d'heure, il ne fut pas tout à fait à lui.

La seconde attaque a eu lieu en janvier 1862, et les suivantes se sont reproduites en novembre et en décembre 1862; en janvier, mai, juillet, octobre, décembre 1863; en janvier, mars, mai, juin, août, septembre, octobre, novembre 1864; en janvier, février, juin, juillet, août, octobre 1865; VINGT-CINQ ATTAQUES AU TOTAL. Les absences ont été plus nombreuses (de quatre à cinq par mois depuis 1861).

Ce jeune homme a été traité, pendant un an, par l'observateur distingué Herpin, au moyen du lactate de zinc et du sulfate de cuivre ammoniacal, qui ont amené de l'amélioration, mais pas encore la guérison.

Après avoir moi-même continué sans succès les préparations de cuivre pendant trois mois, j'ai commencé, en octobre 1865, à administrer le bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour à jeun. La quantité quotidienne était de 5 grammes au bout d'un mois, de 8 grammes au bout de deux mois, de 9 grammes au bout de cinq mois.

Depuis la médication bromurée, c'est-à-dire depuis neuf mois, le malade n'a pas eu une seule attaque épileptique; il a éprouvé seulement quatre fois, la dernière le 8 mai dernier, une sensation de chaleur montant à la tête. En dehors de ces phénomènes légers, il n'existe aucun symptôme ayant quelque rapport avec l'épilepsie; l'intelligence est restée la même, et l'état aussi bon que possible. Il s'est produit sous l'influence du médicament une sédation considérable du système nerveux, qui se traduit par un sommeil calme et profond, l'envie fréquente de dormir le jour, et une lourdeur générale. Les érections sont à peu près complétement suspendues, et il est certain que ce jeune homme ne se livre plus du tout à l'onanisme. Il continue son traitement (7 grammes par jour).

Dans ce cas d'épilepsie, suite d'onanisme, et par conséquent d'exagération de la force excito-motrice de la moelle, l'influence du bromure de potassium a été rapidement efficace.

10 août. L'état continue à être satisfaisant.

OBS. II. *Epilepsie chez une femme très-impressionnable, survenue à la suite d'une vive émotion, il y a quinze ans. — Deux cent cinquante attaques. — Nombreux traitements antérieurs. — Médication bromurée. — Suspension des attaques depuis neuf mois. — Action hypnotique du médicament.* — Mme P***, âgée de trente et un ans, demeurant à la campagne, vient me consulter le 13 octobre 1865.

Aucune cause héréditaire. Apparition des premières règles à l'âge de dix-sept ans; la menstruation n'a jamais été normale.

A seize ans, deux mois avant la première attaque épileptique, elle a eu une vive altercation avec sa mère; elle en a contracté une indisposition qui a nécessité l'emploi d'un vésicatoire à la cuisse. La première attaque a eu lieu en octobre 1851 et a été suivie d'une seconde au bout de deux mois. Puis les accès se sont suivis à trois semaines de distance. Outre ces accès, elle a eu des accès incomplets. Le nombre de ses attaques complètes a été de cent dix-sept depuis 1860, et de deux cent cinquante au moins depuis le début de la maladie ; les attaques sont caractérisées par les phénomènes suivants :

Aucun prélude; rotation de la tête à gauche; rugissement; chute à terre; rotation des yeux à gauche; roideur tétanique des membres et du tronc; teinte violacée de la face; puis convulsions cloniques intenses; écume buccale, quelquefois sanguinolente; morsure de la langue; évacuation involontaire d'urine. Stertor. Durée, cinq à dix minutes. Le retour à la connaissance se fait rapidement; il reste de la céphalalgie et des douleurs dans l'épaule gauche, qui s'est luxée plusieurs fois.

La malade a été traitée sans succès depuis 1861, par Herpin, au moyen du sulfate de cuivre (dose maximum, 0gr,60 par jour), de la jusquiame, de l'armoise, du lactate de zinc (dose maximum, 3 grammes par jour), du gui (dose maximum, 18 grammes par jour), de la valériane, du lactate de manganèse, du datura stramonium, du galium verum (dose maximum, 18 grammes par jour), du sulfate de nickel ammoniacal (dose maximum, 1 gramme par jour).

Je vois la malade pour la première fois le 13 octobre 1865. Elle est bien conformée; sa tête est ovale et régulière ; sa physionomie expressive. Son caractère est très-vif et même colère ; elle est intelligente, parle bien.

Le 13 octobre 1865, bromure de potassium, 2 grammes par jour en deux fois, matin et soir.

Le 17 octobre, une attaque.

Le 21 octobre, bromure de potassium, 4 grammes par jour.

Le 1er novembre, une attaque.

Le 26 novembre, une attaque.

Le 9 décembre, bromure de potassium, 6 grammes par jour.

Le 26 décembre, bromure de potassium, 8 grammes par jour.

15 janvier. Le médicament est bien supporté; la malade éprouve seulement un besoin exagéré de manger. Mêmes phénomènes physiologiques que chez les autres malades. Traitement : bromure de potassium, 7 grammes par jour.

Du 15 janvier au 6 avril, même dose; pas d'attaques.

Le 6 avril, toux grasse, fréquente; expectoration abondante. Traitement : bromure de potassium, 2 grammes par jour. Le rhume diminue dans les jours suivants par suite de l'abaissement de la dose.

16 avril. Bromure de potassium, 3 grammes par jour.

9 mai. Absence de toute nausée lorsque j'introduis une spatule à la base de la langue jusqu'à l'épiglotte.

La dernière menstruation est survenue huit jours en retard ; le sang est moins abondant et moins coloré qu'avant le bromure.

La malade est notablement plus calme et moins impressionnable qu'avant cette médication ; le sommeil est plus prolongé. Traitement : bromure de potassium, 3gr,50 par jour.

16 juin. Aucun symptôme épileptique. Traitement : bromure de potassium, 3gr,55 par jour.

22 juin. Apparition des règles, en retard de dix-huit jours ; même dose.

19 juillet. Apparition des règles, en avance de trois jours ; sang moins abondant et moins coloré qu'avant le traitement. Etat aussi satisfaisant que possible. Continuation du traitement, à la dose de 3gr,45 par jour.

14 août. Même bon état ; même traitement.

Obs. III. *Epilepsie. — Deux accès à quinze jours d'intervalle. — Soubresauts nocturnes. — Traitement par le bromure de potassium. — Suspension des accès. — Phénomènes hypnotiques et hyposthénisants. — Action sur la force excito-motrice de la moelle. —* C***, trente ans, cocher, vient me consulter le 7 avril 1866.

C'est un homme d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution, fort, ne présentant rien d'anormal dans l'habitus extérieur, dans la digestion, la respiration, la circulation et les diverses sécrétions. L'intelligence est au-dessus de la moyenne : il dirige seul une écurie de huit à dix chevaux de luxe.

Sa mère est très-impressionnable. Un de ses neveux, enfant de sa sœur, a été atteint de chorée pendant trois semaines.

Il se livre quelquefois, le matin surtout, à des excès alcooliques, consistant en abus de vin blanc, mais n'allant jamais jusqu'à l'ivresse complète. Il est d'un caractère irritable et colère.

Dans la nuit du 13 mars dernier, sans cause, sans excès vénériens ni alcooliques auxquels on puisse plus particulièrement rattacher le début du mal, C*** a été pris, en dormant, d'un premier accès épileptique, que sa femme raconte ainsi : Elle a été réveillée par des mouvements inusités de son mari ; elle a tout d'abord constaté un état tétanique général et du ronflement. Une bougie allumée, elle l'a trouvé en perte de connaissance complète, les dents serrées, l'écume aux lèvres. Revenu à lui, il est resté hébété et est tombé dans un profond sommeil. Il n'y a pas eu de miction involontaire.

La journée suivante il a été courbaturé, et est demeuré triste pendant huit jours.

Depuis cette époque, il a conservé de la lourdeur de tête et des douleurs lombaires.

Dans la nuit du 28 mars, second accès analogue au premier, et survenu à la même heure, à une heure cinq minutes du matin.

Depuis cette seconde attaque, sa femme a remarqué que pendant la nuit il éprouve de fréquentes secousses dans tous les membres, et de l'agitation.

Le 7 avril, je lui donne du bromure de potassium à la dose de

2 grammes par jour en deux fois, matin à jeun et soir une demi-heure avant le dîner. S'abstenir de tout excès alcoolique.

Le 16 avril, bromure de potassium, 3 grammes par jour.

Le 23, le malade n'a rien éprouvé de morbide ; l'haleine sent fortement le brome ; la bouche est sèche le matin ; persistance de la nausée lorsqu'on introduit une spatule dans l'arrière-gorge ; rien du côté de l'épigastre ; aucune douleur lombaire.

Le malade se sent la tête parfaitement libre ; quelques vésicules d'acné sur la face. Traitement : un bain de pieds sinapisé tous les soirs ; huile de ricin, 40 grammes ; bromure de potassium, 3gr,50 par jour ; même régime.

11 mai. Diminution de la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge; aucun phénomène circulatoire particulier ; aucun phénomène se rattachant à l'épilepsie. Traitement : bromure de potassium, 3gr,75 par jour.

21 mai. Le sommeil est maintenant très-calme ; plus de secousses la nuit ; pas d'agitation comme auparavant ; pas de phénomène épileptique ; la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge existe encore un peu ; intégrité absolue de la sensibilité au toucher et aux piqûres dans cette région ; pas d'angine ; bon appétit ; digestion normale. Traitement : bromure de potassium, 3gr,80 par jour.

1er juin. Pas de symptôme épileptique. Traitement : bromure de potassium, 3gr,85 par jour.

22 juin. Le sommeil est très-profond, calme ; état de santé aussi bon que possible. Même traitement.

4 juillet. Rien de nouveau. Traitement : bromure de potassium, 3gr,75 par jour.

16 juillet. Bromure de potassium, 3gr,25 par jour.

27 juillet. Rien de nouveau ; le médicament est très-bien supporté et ne l'empêche pas de faire son métier. Bromure de potassium, 3gr,30 par jour.

10 août. Même état.

Obs. IV. *Epilepsie héréditaire datant de onze ans. — Exagération de la sensibilité. — Mobilité excessive. — Excès vénériens. — Traitement par le bromure de potassium depuis neuf mois. — Pas d'accès depuis cette époque.* — C***, âgé de vingt-six ans, est devenu épileptique à l'âge de quatorze ans et demi.

Une tante maternelle de son père est morte à l'âge de quarante-deux ans, après avoir été atteinte d'accès épileptiques depuis son enfance.

Une de ses tantes maternelles est restée sourde-muette à la suite de convulsions survenues à l'âge de neuf mois, et est atteinte de chorée et de strabisme.

Sa mère est très-impressionnable et tracassière.

Jusqu'à l'âge de sept ans, il a été fréquemment sujet la nuit à des accès de toux croupale.

Aucune cause occasionnelle ne peut être attribuée à la maladie, sauf peut-être l'onanisme, quoique ses parents et lui le nient ; mais il a le regard un peu terne et la teinte violacée des paupières, caractéristiques de l'onanisme.

Il s'est beaucoup livré aux excès vénériens.

Il est bien conformé; son caractère a toujours été essentiellement mobile et impressionnable; il est très-passionné, tout en étant concentré en lui-même.

Il est très-intelligent et observateur. Il est, à vingt-six ans, à la tête d'une maison très-importante de commerce.

La première attaque épileptique s'est produite sans cause déterminante appréciable, en septembre 1854, et, en janvier 1855, le malade en avait eu dix. Traité dès cette époque par Herpin, au moyen du lactate de zinc, il cessa d'avoir de ces accès jusqu'en avril 1863. Mais à ce moment, consécutivement à de très-grandes fatigues, le mal revint pour cesser pendant huit mois et reparaître avec une grande intensité pendant les années 1864 et 1865.

Les attaques sont caractérisées par un cri guttural, une sorte de hurlement, la perte complète de connaissance, la chute fréquente sur le front, des convulsions toniques, puis cloniques des membres, la respiration bruyante, l'écoulement d'écume par la bouche, la miction involontaire, la présence de taches noirâtres autour des paupières.

Outre ces attaques, le malade a été dès l'abord sujet à des accès incomplets caractérisés par une sensation d'engourdissement et de roideur à la mâchoire inférieure, des actes et des propos involontaires non raisonnés, un tremblement général, la conservation incomplète de l'intelligence et la persistance de la position debout.

Le traitement par le bromure de potassium a débuté en novembre 1865, et, depuis ce temps (août 1866), il ne s'est produit ni accès vrais, ni accès incomplets, ni aucun phénomène ayant quelque rapport avec l'épilepsie.

La dose a été portée graduellement de 2 grammes en vingt-quatre heures à 5 grammes, et a été en moyenne de 3 grammes.

Ce jeune homme est depuis deux mois sous une influence hypnotique qui me paraît d'un bon augure pour le succès de la médication.

En résumé, ces quatre malades, de caractère et de nature impressionnables et très-sensibles, atteints depuis un temps variable d'accès d'épilepsie et de phénomènes nerveux qui accompagnent ordinairement cet état morbide, ont vu leurs accès se supprimer sous l'influence du bromure de potassium à des doses élevées. Certes, je n'ose affirmer qu'il ne s'en produira plus, le temps écoulé n'est pas encore assez long; mais au moins leur suspension depuis plusieurs mois est assez remarquable, et la disparition des autres phénomènes nerveux qu'offrent en général les épileptiques est un beau résultat de la médication bromurée.

B. *Malades dont l'état a été considérablement amélioré.* — Ils sont au nombre de six.

Obs. V. *Épilepsie idiopathique, datant de six ans, chez un individu très-nerveux, et précédée par des absences depuis l'âge de*

treize ans. — Nombreux accès: trois à huit tous les dix-huit à vingt jours; trouble mental intense, consécutif aux accès et aux séries d'accès.—Traitement par le bromure de potassium à la dose de 6 grammes, maximum.—Amélioration considérable. — Aucun trouble mental (même malade que obs. III, partie physiologique). — R***, quarante-neuf ans, ancien chef d'institution, entre dans mon service à l'hospice de Bicêtre (section des épileptiques), le 12 janvier 1866.

Mère très-impressionnable, père bien portant; aucun antécédent du côté des autres ascendants.

Le malade a une constitution robuste un, caractère très-vif et colère; son intelligence est au-dessus de la moyenne, et c'est avec un grand sens qu'il raconte sa maladie.

Dès l'âge de douze à treize ans, migraines accompagnées d'éblouissements et de vomissements, revenant tous les trois mois; ces sortes de migraines ont persisté pendant sa carrière de professeur, à tel point qu'il était alors obligé d'interrompre ses phrases. Il avait un moment d'absence.

Les causes de cet état lui sont inconnues. Il raconte seulement qu'étant enfant, il a été pris d'une vive frayeur à la vue d'un animal dont le cou était coupé et saignant; et ce souvenir s'est depuis souvent représenté à lui.

Dans ces dernières années, il a éprouvé de grands chagrins, des revers de fortune, que rendait plus pénibles l'existence d'une nombreuse famille à soutenir.

Les attaques épileptiques ont débuté il y a six ans. Les premières se sont produites dans le lit, la nuit; puis il en a éprouvé une dans une rue de Paris; enfin, elles se sont rapprochées tellement (trois à huit tous les dix-huit à vingt jours), et l'esprit a été, par suite, si troublé, qu'il lui a fallu abandonner sa profession et entrer dans une maison de santé. — Ses ressources épuisées, il est amené à Bicêtre.

Etat, le 13 janvier. Homme fort; physionomie très-expressive; la parole est très-libre; mémoire intacte (dates, événements, etc.); crâne bien conformé; pupilles égales, bien contractiles, de 2 millimètres de diamètre.

Traces de morsure de la langue. Tous les organes, étudiés un à un, ne présentent rien d'anormal; il n'a jamais rendu de vers.

Rien de particulier du côté de la sensibilité, de la motricité. Etat aussi normal que possible, en ce moment.

Le 17, soir. Un accès; cris; perte de connaissance complète; convulsions toniques, puis cloniques; face pâle, puis cyanosée; écume buccale, sanguinolente; ronflement fort; durée totale de l'accès, deux minutes.

Le 18, au matin. Perte subite de connaissance devant moi; physionomie hébétée; tourne la tête à droite et à gauche sans fixer les objets, prononce des syllabes et épelle des mots. Il sait répondre son nom : *R...*, mais ne dit rien de plus, et à la question : *Où êtes-vous?* il répond : *Son frère, son beau-frère.* Puis il ferme les paupières, paraît s'endormir; à ce moment, sou-

bresaut dans le membre supérieur gauche; puis un peu de bave s'écoule par la commissure labiale gauche. Si on le touche, il ouvre les paupières, mais son regard est égaré et fixe, la sensibilité cutanée est conservée intacte.

Le 24 janvier. Début du traitement : bromure de potassium, 2 grammes à prendre chaque jour en deux fois.

5 février. La dose est portée à 4 grammes par jour.

Un accès le 16 avril, un le 18, un le 19.

23 avril. Bromure de potassium, 6 grammes par jour.

14 août. Depuis le 23 avril, n'a pas eu d'accès.

Le médicament est bien supporté, quoiqu'il ait produit sur le malade les phénomènes physiologiques les mieux accentués.

De plus l'état *mental* est entièrement normal, et n'a subi de par les premiers accès aucune atteinte depuis le début du traitement.

L'état est aussi satisfaisant que possible; le malade emploie sa grande instruction à enseigner la langue française et la lecture aux autres malades de mon service.

Obs. VI. *Epilepsie datant de vingt-sept ans, suite d'excès vénériens et d'onanisme. — Exagération de la force excito-motrice de la moelle. — Accès et secousses très-fréquentes. — Médication bromurée. — Cessation des secousses et des accès, deux mois.* — M. F***, jeune homme de vingt-huit ans, très-impressionnable et scrofuleux, a été pris d'épilepsie à la suite d'excès de femmes et de veilles il y a sept ans (quatre à dix accès par mois); nombreuses secousses dans les membres pendant le jour et la nuit; il a été traité depuis inutilement par M. Herpin (de Genève) et par moi-même, au moyen du sulfate de cuivre ammoniacal et de l'arsenic. Il a éprouvé dès le début de la médication bromurée, il y a deux mois, un grand calme, un sommeil réparateur, et n'a eu ni attaques, ni secousses depuis deux mois. Ce malade présente en outre ceci de particulier, que, atteint depuis longues années d'une carie du premier métacarpien de la main droite, il a remarqué, dès le traitement bromuré, une suppuration notablement exagérée.

Obs. VII. *Epilepsie datant de quatorze ans. — Très-nombreux accès (dix à quinze par mois). — Traitement par le bromure de potassium. — Bromisme. — Phénomènes adynamiques pendant quelques jours. — Diminution remarquable des accès.* — F***, âgé de cinquante-huit ans, estampeur sur bijoux, est entré à Bicêtre dans le service de M. Delasiauve, le 12 mai 1855 (même malade que Obs. VI; partie physiologique).

Je l'examine le 27 septembre 1865, peu après mon entrée dans le service : je trouve le malade d'une constitution robuste, d'une intelligence affaiblie, et bégayant considérablement, ayant de nombreux accès d'épilepsie, dix à quinze en moyenne par mois depuis le commencement de l'année 1865.

Les notes que m'a transmises sur son compte M. le docteur Delasiauve m'apprennent que F*** a toujours été très-impressionnable, est devenu bègue à dix ans, à la suite de submersion brusque dans l'eau froide; que le premier accès d'épilepsie est survenu inopinément, sans cause appréciable, en 1852, et a été suivi d'un second

au bout de six semaines. Depuis, les accès se sont rapprochés ; ils se produisent tous les huit jours au plus, et toutes les trois semaines au minimum. Il a eu trente accès en 1859, quatre-vingt-six en 1860, quatre-vingt-sept en 1861, quatre-vingt-treize en 1862, quarante-six en 1863, soixante-treize en 1864, cent trente-quatre en 1865.

Il tomberait subitement sans connaissance du côté droit le plus souvent, et sur la tête, serait pris de petites secousses toniques et cloniques, écumerait de la bouche, et éprouverait, à la suite, de la fatigue et de l'accablement.

Il avait suivi, avant son entrée à Bicêtre, de très-nombreux traitements ; tous seraient restés inefficaces.

Depuis son entrée à Bicêtre jusqu'au jour où j'ai commencé à le traiter, F*** a eu près de trois cents accès.

Le 26 septembre enfin, il a eu douze accès.

Je vois le malade le 27, et le trouve considérablement hébété, ne répondant qu'avec peine à mes questions, se livrant par moments à des actes violents d'impatience.

Rien d'anormal dans la motilité, la sensibilité, dans la digestion, dans la respiration. — Chaleur de la peau un peu exagérée; 96 pulsations impulsives.

Les accès épileptiques sont caractérisés par la perte de connaissance subite ; pâleur de la face, chute sur la tête et surtout le front; roideur générale ; cyanose de la face et du tronc; convulsions cloniques énergiques ; dents serrées ; écume buccale ; ronflement ; retour lent à la connaissance ; sommeil et abattement consécutifs.

Le 27 septembre. Traitement : bromure de potassium, 2 grammes à prendre en deux fois, matin à jeun et une demi-heure avant le dîner. — Dans la journée deux accès.

6 octobre. Bromure de potassium, 6 grammes.

10 octobre. Un accès de jour, trois de nuit.

11 octobre. Sept accès de jour, deux de nuit. Traitement : bromure de potassium, 8 grammes par jour.

13 octobre. Pas de malaise épigastrique ; haleine légèrement bromurée. Traitement : bromure de potassium, 10 grammes par jour.

16 octobre. L'haleine sent fortement le brome.

Aucun malaise, absence de nausées, lorsque j'introduis une spatule en bois jusqu'au larynx ; conservation très-nette de la sensibilité au tact et aux piqûres du voile du palais et du pharynx. Nombreux boutons d'acné sur la face et la partie supérieure de la poitrine. Coryza intense; toux grasse. La parole est un peu embarrassée ; les mots sont difficiles à trouver ; 80 pulsations impulsives et fortes.

23 octobre. Physionomie notablement hébétée. Le malade n'a pas eu d'accès.

27 octobre. Pas d'accès. Le malade accuse de la pesanteur de tête et des douleurs lombaires ; abattement général. L'haleine est désagréable, et sent considérablement le brome ; la pointe de la luette est un peu œdématiée et un peu déviée à gauche.

La sensibilité générale présente quelques particularités : ainsi, les yeux bandés, une épingle enfoncée dans la main droite détermine une douleur au pourtour de l'œil droit; puis il reporte cette sensation à l'oreille droite, à la région correspondante du cou, et de l'aisselle du même côté ; enfin, il arrive à désigner la main qui est piquée ; 88 pulsations de force moyenne. Traitement : bromure de potassium, 6 grammes.

28 octobre. Abattement et prostration profonds. La voix est voilée ; la parole est rare et lente ; le malade a beaucoup de peine à prononcer les mots. Il accuse de la céphalalgie frontale ; langue blanchâtre dans presque toute son étendue, rouge à la pointe et sur les bords ; haleine très-fortement bromurée ; un peu d'enchifrènement ; conjonctives rouges, un peu œdémateuses au pourtour de la cornée. Pupilles dilatées à contre-jour ; contractiles à la lumière. Difficulté de se servir de ses mains ; marche chancelante ; déséquilibration ; chute en arrière, si on ne le soutient. Il fait pourtant un moment deux pas en avant, puis il s'arrête alors, et tombe en arrière ; il ne peut ni descendre seul de son lit, ni remonter. Traitement : suppression du bromure ; chiendent nitré, deux pots ; bourrache, un pot. Le soir, M. Liouville, interne de mon service, note qu'il paraît sommeiller ; mais de temps en temps il parle seul, tout haut, et dit par moments des mots incohérents. La face est un peu rouge, et la peau est légèrement sudorale. La peau du reste du corps est âcre et brûlante dans quelques points, et moite dans d'autres ; 110 pulsations fortes, pleines, bien frappées ; température dans l'aisselle, 37°,2 ; 36 inspirations.

29 octobre. Pulsations, 90 ; température, 37°,2 ; 22 inspirations. Etat général meilleur ; moins d'accablement ; cause et parle un peu, demande même à se lever, mais les mouvements de ses membres supérieurs mêmes sont un peu chancelants et déséquilibrés ; un moment il parle seul comme un individu en ivresse ; les gestes, la voix et la physionomie rendent l'analogie frappante. Pupilles moyennes, contractiles. Le pouls est moins fort, moins plein. Même traitement.

30 octobre. Mieux notable ; pas de délire ; respiration régulière, calme, mais aphonie. Il a pu se lever ce matin seul, afin que l'on fasse son lit. Pulsations, 88 ; température, 37°,8 ; inspirations, 20.

Le soir. Pulsations, 80 ; température, 36°,2 ; inspirations, 20. Un peu de délire calme ; parle seul ; haleine bromurée, infecte.

31 octobre. Un peu de prostration et de somnolence. Le malade essaye de parler, mais ne peut achever ses phrases ; il entend bien, veut répondre, mais les mots ne lui viennent pas ; son langage mimique est peu expressif ; le bégayement qu'il présente à l'état ordinaire est très-augmenté.

Il mange et boit ce qu'on lui donne, mais ne peut se servir seul, ni porter ses aliments à sa bouche. Regard très-hébété, comme un homme ivre. Les paupières sont châssieuses ; pupilles moyennes, contractiles ; langue blanche ; il la montre facilement. Pulsations, 88, bien frappées, résistantes, pleines ; température, 37°,2 ; inspira-

tions, 24. Traitement : bromure de potassium, 0gr,25 par jour, en deux fois ; mêmes tisanes.

1er novembre. Etat général meilleur encore qu'hier ; physionomie moins hébétée. A mon approche il se met à son séant dans son lit et nous dit bonjour ; il a cependant une grande difficulté à rassembler ses idées et à s'exprimer ; cependant, il fait mieux des phrases. Il descend seul de son lit, mais il titube pendant la marche ; l'action de tourner est difficile. Il se tient bien debout en équilibre, mais il ne le peut sur un seul pied ; s'il l'essaye, il tombe en arrière ; il remonte assez facilement dans son lit. Pulsations, 84, résistantes ; température, 37°,2 ; inspirations, 16 ; haleine très-fortement bromurée, infecte ; pas de râles dans la poitrine. Même traitement ; une portion.

2 novembre. Le mieux persiste ; urine très-fréquemment et abondamment.

3 novembre. Marche encore chancelante.

6 novembre. La marche est notablement plus rapide et plus sûre. Urine, 2 litres en vingt-quatre heures. L'urine ne renferme ni sucre, ni albumine. Deux portions.

10 novembre. L'haleine est toujours fétide ; 88 pulsations de force moyenne.

13 novembre. Bromure de potassium, 0gr,50 par jour en deux fois. Les forces reviennent.

20 novembre. La marche n'est plus chancelante, et les forces sont revenues à l'état normal.

18 janvier. Le malade n'a pas eu d'accès depuis le 11 octobre. Son état général est aussi bon que possible, sauf de nombreux boutons d'acné et un peu d'angine, d'œdème de la muqueuse buccale, l'odeur bromurée de l'haleine, et de la constipation. Le malade se trouve très-bien, il est très-gai et travaille. Traitement : bromure de potassium, 0gr,75 par jour, en deux fois.

22 janvier. Haleine à peine bromurée. Traitement : bromure de potassium, 1 gramme par jour, en deux fois.

8 avril. Un accès.

13 avril. Un accès. La nausée se produit quand on introduit une spatule à la base de la langue. Traitement : bromure de potassium, 2 grammes par jour, en deux fois.

30 avril. La nausée ne se produit plus dans les conditions déjà signalées. Traitement : bromure de potassium, 3 grammes.

8 mai. Pas d'accès. Traitement : bromure de potassium, 4 grammes.

15 mai. Un accès. Même traitement.

11 juin. La température de l'atmosphère est très-élevée ; bouche sèche ; difficulté au malade de recueillir un peu de salive ; ce qu'il m'en donne est blanc et spumeux. Cette salive, ainsi recueillie quatre heures après l'ingestion de la moitié du médicament, donne, après l'addition d'un peu de deuto-nitrate de mercure, un précipité blanc caillebotté. Même traitement.

18 juin. Besoins très-fréquents et irrésistibles de manger ; lassitude générale.

6 août. Un accès. Le malade continue à prendre : bromure de potassium, 4 grammes par jour. Son état général est aussi bon que possible.

Ainsi, ce malade, sujet depuis longues années à des accès d'épilepsie, et en ayant eu en particulier soixante-treize en 1864, cent trente-quatre en 1865 (jusqu'en novembre), n'a plus été frappé que quatre fois de ses accès depuis le mois qui a suivi le début du traitement par le bromure de potassium, c'est-à-dire depuis neuf mois. C'est presque une guérison pour cet homme, dont l'intelligence se raffermit et s'améliore sensiblement. Il reste seulement d'une grande sensibilité morale, et pleure facilement quand il parle de sa femme et de ses enfants.

Obs. VIII. *Epilepsie acquise datant de deux ans. — Quarante-quatre attaques. — Traitement par le bromure de potassium. — Amélioration considérable. — Quatre attaques depuis dix mois que dure la médication.* — S***, employé de commerce, vient me consulter le 10 septembre 1865.

Pas d'hérédité morbide ; caractère très-impressionnable, beaucoup de sensibilité. Il me raconte qu'il est malade depuis 1863, et que sa première attaque s'est produite le 8 août de cette année, sur l'impériale d'un omnibus. La seconde a eu lieu le 25 août de la même année ; et depuis les accès sont survenus une fois par mois au moins ; si bien qu'en septembre 1865 le mal s'était manifesté quarante-quatre fois.

L'attaque débute par une constriction épigastrique et une sensation particulière post-sternale qui gagne le cou. Le malade suffoque, il dénoue sa cravate ; un bruit guttural saccadé se fait entendre, la perte de connaissance est complète, et le malade tombe par terre, la face pâle. Une roideur générale s'empare de tous ses membres, la face rougit ; et après quelques secondes, surviennent des convulsions cloniques générales, de l'écume buccale ; le malade se mord souvent la langue. Cet état dure une à deux minutes. Pendant quelques minutes le malade divague, sa tête est lourde pendant plusieurs heures, et pendant près de vingt-quatre heures les membres restent courbaturés.

Outre les attaques, il se produit, presque tous les jours, des phénomènes légers analogues au prélude des attaques, et consistant en sensation de constriction épigastrique et post-sternale, et en éblouissement passager.

S*** a déjà pris du valérianate d'atropine, et a été traité depuis six mois par Herpin au moyen du sulfate de cuivre.

Le jeune homme est maigre ; d'une constitution moyenne ; d'une intelligence ordinaire ; d'un caractère doux, mais très-sensible. La moindre chose l'émeut et le trouble, sa timidité est extrême.

Rien d'anormal dans la poitrine, au cœur, du côté du ventre et des membres. La face ne présente rien d'anormal. Le malade accuse des érections très-fréquentes ; je n'ai pu m'assurer s'il se livrait ou non à l'onanisme.

Le 10 septembre. Début du traitement par le bromure de potassium, 2 grammes par jour en deux fois, matin et soir.

Depuis le 10 septembre jusqu'au 24 août, il a pris de ce médicament, et continue encore. La dose est de 10 grammes par jour depuis six mois.

Il a eu deux attaques le 10 octobre ; une, le 25 décembre ; une, le 15 juin.

Ainsi, ce jeune homme, sujet à trois attaques épileptiques à peu près par mois (quarante-quatre en deux ans), n'a eu, depuis le commencement du traitement par le bromure de potassium, que quatre attaques, et encore, sur ce nombre, deux se sont produites dans le mois qui a suivi le début de la médication. De plus, le nombre de ses vapeurs a considérablement diminué, puisqu'au lieu d'en avoir tous les jours il n'en éprouve plus que deux ou trois fois par semaine.

Obs. IX. *Epilepsie acquise datant de onze ans. — Nombreux accès (180). — Délire consécutif. — Traitement par le bromure de potassium depuis neuf mois. — Amélioration considérable. — Depuis le début de la médication bromurée, dix-huit accès, dont quatorze dans les deux premiers mois.* — B***, âgé de trente et un ans, tailleur, est entré dans mon service, à l'hospice de Bicêtre (section des épileptiques), le 27 septembre 1854.

Pas d'antécédents héréditaires. Constitution robuste. Depuis quelque temps, chagrins provenant de perte d'argent ; contrariétés de ménage et humeur jalouse.

En 1853, sa femme commença à observer dans les mains de son mari de petits mouvements convulsifs passagers. Ils se reproduisirent d'abord tous les quinze à vingt jours, puis à des intervalles plus rapprochés. La fatigue contribuait à les provoquer. Ils s'accompagnaient d'une sorte de défaillance, de perte du sentiment. Il laissait alors tout tomber des mains.

Six mois après, un vrai accès épileptique se produisit. Un second accès survint six semaines après ce premier, et depuis leur succession est très-fréquente. Les accès incomplets n'ont pas cessé pour cela.

Sous l'influence de cet état, la mémoire a beaucoup diminué, l'intelligence est devenue chancelante ; et enfin, après les séries d'accès, le malade a été atteint de délire et de visions qui ont nécessité son placement à Bicêtre. (Ces renseignements sont dus à mon prédécesseur, M. le docteur Delasiauve.)

Lorsque je pris le service, en août 1865, le malade était donc épileptique depuis onze ans, et avait eu un grand nombre d'accès : cent quatre-vingts, d'après les renseignements fournis par sa femme.

En 1865, jusqu'en octobre, il a eu quarante-neuf accès, dont vingt en mai, douze en juillet, six en août, dix en octobre.

A mon premier examen, je ne pus obtenir de lui des réponses suivies ; il croyait qu'on voulait l'empoisonner, et répétait souvent la phrase : « Quand il n'y sera plus, il ne vivra plus. »

La physionomie était égarée et très-mobile. Il riait sans motifs. Il parlait souvent seul, comme s'il répondait à des voix. Paroles incohérentes ; il composait difficilement une phrase, et encore les parties constitutives en étaient-elles désordonnées.

Depuis le mois de mai, il avait eu vingt accès complets en mai, douze en juillet et six dans les premiers jours d'août, et un plus grand nombre d'accès incomplets.

Le 7 août 1865, bromure de potassium, 3 grammes en deux fois, matin à jeun, et soir une demi-heure avant le dîner.

17 août. Idées de persécution ; crie : Au secours ! paroles incohérentes. Bromure de potassium, 5 grammes.

Depuis le 17 août jusqu'au 24 août 1866, la dose du médicament a varié de 5 à 10 grammes.

Dans les deux premiers mois, quatorze accès. Quatre accès depuis.

Ainsi, deux mois après le début du traitement par le bromure de potassium, ce malade, sujet depuis plusieurs années à dix accès par mois au moins, a commencé à n'en avoir qu'à des intervalles très-éloignés, et il est arrivé à n'être atteint, dans l'espace de douze mois, que de dix-huit accès, et encore sur ce nombre quatorze se sont-ils produits dans les deux premiers mois.

En même temps, son intelligence s'est considérablement améliorée ; elle est bien encore faible, mais il n'existe aucun délire, aucune hallucination ; le malade est doux, calme, d'un bon maintien, et dans les jours qu'il va passer chez lui, à Paris, sa tenue est celle d'un homme raisonnable. Sa santé physique est aussi bonne que possible, et quoique soumis au traitement bromuré depuis un an, sa nutrition ne paraît nullement en souffrir, et les fonctions de l'estomac ne sont nullement affectées.

Obs. X. Mme L***, vingt-neuf ans, de bonne constitution, d'une nature passionnée et affectueuse, a été prise, sans prédisposition héréditaire, d'attaques épileptiques nocturnes, vers l'âge de vingt-deux ans. Le premier accès diurne a eu lieu en 1863. Mariée trois mois après. Trois attaques nocturnes un mois avant l'accouchement ; depuis, seconde grossesse en 1864 et accès au troisième mois. En 1865, cinq accès en quatre mois. Début de la médication bromurée en juillet 1865. Depuis, la malade n'a eu que trois absences, en janvier et mars 1866.

La menstruation est régulière.

En résumé, l'état de ces six malades s'est considérablement amélioré depuis la médication bromurée.

Le premier, sujet depuis six ans à trois et huit accès par mois, n'en a plus eu que trois depuis le début du traitement, il y a sept mois, et encore le dernier date-t-il du 19 avril.

Le deuxième, sujet depuis sept ans à quatre ou dix accès par mois et à de nombreuses secousses, n'a plus rien ressenti depuis le début du traitement, il y a deux mois. (Ce malade est à suivre.)

Le troisième, atteint depuis quatorze ans de quarante-six à cent trente-quatre accès par an, n'en a eu que trois depuis le commencement du traitement bromuré.

Le quatrième, sujet depuis deux ans à quarante-quatre attaques, n'en a eu que quatre depuis dix mois que date la médication.

Le cinquième, atteint depuis douze ans de cent quatre-vingts

attaques, n'en a eu que quatre depuis une médication bromurée énergique.

La sixième, qui est tombée dix à douze fois depuis trois ans, n'a éprouvé que trois absences depuis le commencement du traitement, il y a un an.

c. *Malades ayant été un peu améliorés.* — Ils sont au nombre de dix.

Obs. XI. *Epilepsie depuis seize ans. — Excitation de la force excito-motrice de la moelle. — Secousses fréquentes dans le membre supérieur droit; dix à dix-sept accès par an. — Médication bromurée. — Suppression des secousses. — Diminution du nombre des accès.* — Mme D***, âgée de trente-trois ans, est atteinte d'épilepsie depuis seize ans (dix à dix-sept accès par an, vingt à trente secousses par mois).

Caractère très-impressionnable. La cause déterminante de la maladie est une série d'impressions pénibles qui ont accompagné une visite domiciliaire chez son père, pour cause politique.

Caractères de l'accès : secousses isochrones du membre supérieur droit pendant deux à trois secondes ; perte de connaissance ; roideur tétanique générale, les pouces dans les poings; paupières écartées, immobiles; globes oculaires fixes; pupilles dilatées; dents serrées; convulsions cloniques; écume buccale. Après deux minutes de convulsions cloniques, assoupissement.

Les secousses isochrones du début des accès se produisent souvent isolées, au nombre de vingt à trente par mois.

Elle a été traitée inutilement déjà par toutes les médications connues. Herpin (de Genève) a épuisé sur elle tous les moyens en usage sans pouvoir diminuer autrement qu'un peu les accès, mais sans être arrivé à suspendre les secousses. Lactate de zinc, sélin, cuivre, sulfate de cuivre ammoniacal, jusquiame, armoise, datura, lactate de manganèse, gui, belladone, digitale, rien n'a fait.

La médication bromurée a été commencée le 16 novembre 1865; de 2 grammes par jour, la dose était portée à 3 le 28 novembre, et dès le 17 décembre la malade a cessé absolument d'éprouver des secousses; elles ne se sont pas reproduites une fois, même comme prélude des sept attaques dont la malade a été atteinte depuis le début du traitement, il y a neuf mois. Ainsi, sous l'influence de la médication, suppression des secousses et diminution des attaques. La dose, portée il y a quatre mois à 6 grammes, est continuée en ce moment (24 août 1866), et bien supportée.

Il est à noter que depuis le traitement, le sang menstruel apparaît en retard, est moins abondant et moins coloré.

Obs. XII. Mme de L***, cinquante ans, sujette depuis vingt ans à des attaques d'épilepsie franches et intenses, au nombre de cinq à six (en série) par mois, a été soumise par moi à la médication bromurée (6 grammes par jour) depuis quatre mois; à partir de cette époque, elle n'a eu que deux accès, et de plus elle a cessé d'éprouver des secousses et des soubresauts brusques qui la prenaient fréquemment jour et nuit.

Obs. XIII. Chez un nommé R***, âgé de trente ans, d'une nature excessivement impressionnable, colère, malade de l'hospice de Bicêtre, épileptique depuis onze ans, sans cause héréditaire, et soumis à deux reprises différentes à la médication bromurée, la diminution du nombre et de la force des accès a été constante chaque fois ; c'est ainsi que depuis la reprise du médicament, il y a trois mois, le malade n'a eu que trois accès, tandis qu'il en avait trois à huit par mois, et quelquefois plus, depuis six ans.

Obs. XIV. Le nommé Phil..., malade deBicêtre, d'un caractère vif et colère, est sujet, depuis plusieurs années, à de nombreux accès d'épilepsie (dix à douze par mois), sans cause héréditaire; il n'en a eu que quatre depuis le début du traitement par le bromure de potassium, il y a trois mois.

Obs. XV. Le nommé Bouz..., malade de Bicêtre, est d'une nature très-impressionnable, d'un caractère colère. Sujet depuis trente-six ans à des accès d'épilepsie, il en a eu soixante-dix-huit en 1862, soixante et un en 1863, soixante et onze en 1864, soixante-quatorze en 1865 (jusqu'au mois de septembre). Depuis le début de la médication bromurée (dose de 4 à 6 grammes), il y a onze mois, il n'a eu que vingt-trois accès, et encore, dans cette période, deux mois se sont passés sans attaques. (Même malade que obs. V, partie physiologique.)

Obs. XVI. Le nommé Mén..., malade deBicêtre, épileptique dès l'enfance, et sujet depuis plusieurs années à quatre-vingts accès en moyenne par an, n'en a été atteint que cinquante-cinq fois depuis le début du traitement bromuré (dose de 5 à 8 grammes), il y a onze mois ; et il est à noter que pendant deux mois il y a eu suspension d'attaques.

Obs. XVII. Un enfant de douze ans, nommé M***, d'un caractère excessivement mobile, atteint d'épilepsie congéniale, caractérisée par des attaques franches (deux chaque matin), et des accès incomplets, et des absences se reproduisant quatre à sept fois par jour, est arrivé, sous l'influence du traitement bromuré (dose de 3 à 5 grammes), à ne plus avoir des attaques franches qu'à des intervalles de huit à dix jours, et à ne plus présenter chaque matin que des absences instantanées, sans chute à terre ni perte absolue de connaissance. Sous l'influence de cette amélioration, l'intelligence se relève un peu.

Obs. XVIII. Un jeune homme, âgé de vingt-neuf ans, nommé C***, pris d'épilepsie avec prédisposition héréditaire, à la suite d'excès d'onanisme et de veilles, il y a dix ans, et sujet à dix à quinze attaques et une dizaine d'accès incomplets par mois, n'est plus pris de son mal qu'à des intervalles éloignés depuis la médication bromurée : trois mois, quarante-cinq jours, trente à trente-cinq jours. Il se produit deux à cinq attaques et quelques absences; son mal passé, son intelligence se raffermit maintenant assez vite pour qu'il puisse se livrer à quelques occupations. (Même malade que obs. I, partie physiologique.)

Obs. XIX. D***, ancien soldat, atteint d'épilepsie, à la suite de l'explosion d'une bombe à côté de lui au Mexique, il y a deux ans,

et sujet à huit ou dix accès par mois, n'en a plus éprouvé que un à trois par mois depuis le début, il y a cinq mois, de la médication bromurée, à la dose de 2 à 4 grammes. (Même malade que obs. IV, partie physiologique.)

Obs. XX. Lév..., âgé de vingt et un ans, d'une intelligence bornée, d'un caractère capricieux, susceptible et violent, est atteint d'épilepsie depuis 1858. Les attaques sont types et très-fortes, et se reproduisent de trois à six fois par mois. Soumis depuis novembre 1865 à la médication bromurée (dose de 5 grammes au maximum), il n'a eu, à partir de cette époque, qu'un accès en décembre, un en mars, un en avril, une absence en mai et un accès en juin.

En résumé, l'état de ces dix malades s'est un peu amélioré.

La première, sujette depuis seize ans à dix ou dix-sept accès par an, et à des secousses au nombre de vingt à trente par mois, a eu, depuis le début de la médication bromurée, il y a neuf mois, sept accès, mais n'a plus eu la moindre secousse.

La deuxième, affectée de cinq ou six attaques par mois depuis vingt ans, et d'un grand nombre de secousses, n'a plus eu que deux accès depuis le commencement du traitement bromuré, il y a quatre mois, et a cessé d'avoir des soubresauts et des secousses.

Le troisième, atteint depuis six ans de trois à huit accès par mois, n'en a eu que trois depuis le début de la médication bromurée, il y a trois mois.

Le quatrième, sujet à dix accès par mois, n'en a eu que quatre depuis trois mois qu'il prend du bromure de potassium.

Le cinquième, affecté depuis trente-six ans d'épilepsie, et sujet depuis quatre ans à soixante ou soixante-dix accès par an, n'en a eu que vingt-trois depuis onze mois que dure le traitement; deux mois se sont passés sans attaques.

Le sixième, atteint depuis l'enfance de quatre-vingts accès par an, en a eu cinquante-cinq depuis onze mois qu'il est traité par le bromure de potassium.

Le septième, épileptique de naissance, sujet à des attaques franches, deux chaque matin, et à des accès incomplets et des absences (quatre à sept par jour), est arrivé, depuis le traitement, à ne plus avoir d'attaques franches que tous les huit à dix jours, et à ne plus présenter que deux à quatre absences par jour.

Le huitième, atteint depuis dix ans de dix à quinze attaques complètes, et dix à douze accès incomplets par mois, n'est plus sujet à son mal, depuis le traitement par le bromure de potassium, qu'à des intervalles de trente-cinq jours, quarante-cinq jours, trois mois, et au lieu d'avoir huit à dix accès de suite, il n'en a que deux à cinq.

Le neuvième, sujet à huit ou dix accès d'épilepsie par mois depuis deux ans, n'en a plus éprouvé que un à trois par mois depuis la médication bromurée, commencée il y a cinq mois.

Le dixième, atteint d'épilepsie depuis huit ans, et sujet à trois ou six accès par mois, n'en a plus eu que quatre depuis le début du traitement, il y a dix mois.

D. *Malades n'ayant obtenu aucune amélioration.* — Il sont au nombre de quatre.

Obs. XXI. *Epilepsie consécutive à une contusion cérébrale, et datant de dix ans. — Nombreux accès. — Traitement par le bromure de potassium. — Insuccès.* — Bou..., vingt-quatre ans, cordonnier, est entré à l'hospice de Bicêtre (section des épileptiques), pendant que le service était dirigé par M. le docteur Delasiauve. (Même malade que obs. II, partie physiologique.)

Aucune cause héréditaire.

A l'âge de neuf ou dix ans, étant au collége de son pays, il jouait au cheval *fondu*. En le franchissant avec trop de force, il tomba sur la tête et se fit au front une contusion violente. Dans la même journée, il aurait eu une attaque épileptique, et serait resté une heure sans connaissance; deuxième attaque deux mois après; troisième attaque treize mois après; depuis elles se sont reproduites à intervalles de plus en plus rapprochés : tous les huit jours au moins et quelquefois plusieurs en vingt-quatre heures.

Au moment où je pris le service, en août 1865, ce jeune homme avait déjà eu neuf attaques en mai, une en juin, deux en juillet.

Il était d'une constitution ordinaire, d'une apparence alourdie, d'une certaine lenteur d'esprit, racontant cependant assez bien l'historique de sa maladie, et un prodrome constant de ses attaques, à savoir : une sorte d'embarras céphalique.

Les accès consistent en perte de connaissance; chute à terre, sur le front le plus souvent; pâleur de la face; roideur tétanique des membres, des muscles du cou et de la mâchoire inférieure; trismus; cyanose de la face; convulsions cloniques violentes; fréquentes luxations sous-coracoïdiennes gauches et droites; morsure de la langue; écume sanguinolente; stertor. L'accès dure deux à quatre minutes et laisse à sa suite de l'obtusion.

En dehors de ces accès complets, il se produit quelquefois des accès incomplets caractérisés par étourdissements, obligation de s'asseoir; pas de perte de connaissance.

Le 18 août, bromure de potassium, 2 grammes par jour, en deux fois.

Depuis le 25 août 1865 jusqu'au 24 août 1866, la dose de médicament a varié de 4 grammes à 10 grammes.

Huit accès en septembre, quatre en octobre, un en novembre, quatre en décembre, quatre en janvier, un en février, six en mars, cinq en avril, dix en mai, neuf en juin, deux en juillet.

L'état du mal est resté stationnaire, puisque l'année précédente le nombre des accès avait été de neuf en mai, de un en juin, de deux en juillet, trois en août, treize en septembre, neuf en octobre, un en novembre et trois en décembre.

Je crois que cet insuccès complet tient à ce que l'épilepsie a été ici le résultat d'une contusion cérébrale méningée et peut-être de lésions organiques consécutives. Le bromure de potassium me semble ne réussir que dans le cas où la maladie est essentiellement idiopathique et est pure névrose.

Obs. XXII. *Epilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale. — Hémiplégie. — Insuccès de la médication bromurée.* — Le nommé Vill..., âgé de vingt-trois ans, est entré à l'hôpital de Bicêtre en 1861. Les renseignements recueillis depuis cette époque par M. Delasiauve, mon prédécesseur dans le service, apprennent que ce malade, fils naturel, a été pris, à l'âge de dix ans, d'une fièvre typhoïde à la suite de laquelle il a perdu la parole et la motilité des membres du côté droit. La parole est progressivement revenue, mais l'hémiplégie a persisté. A l'âge de quinze ans, apparition d'attaques convulsives, caractérisées à ce moment et depuis par une sensation d'amertume prodromique, la perte de connaissance, des convulsions toniques générales, puis cloniques, portant aussi bien sur les membres paralysés que sur les membres sains; écume buccale; morsure de la langue; embarras de la parole et confusion des idées consécutifs.

Le nombre des accès a été jusqu'ici de quatre à six par mois.

La médication bromurée (3 à 4 grammes par jour depuis quatre mois) n'a produit aucune amélioration jusqu'à ce jour.

Obs. XXIII. *Epilepsie produite par une impression pénible vive chez une jeune fille d'une intelligence arriérée. — Aggravation de la maladie pendant une fièvre typhoïde. — Insuccès de la médication bromurée.* — Mlle G***, âgée de vingt ans, d'une intelligence faible dès le bas âge, d'une santé délicate, d'une nature impressionnable, née de parents non atteints de maladies nerveuses, est devenue épileptique, à l'âge de dix ans, à la suite d'une impression vivement pénible que lui a causée la vue d'une de ses amies prise de haut mal. La maladie a été peu intense jusqu'à une fièvre typhoïde qui a déterminé de très-nombreuses convulsions qui ont mis ses jours en danger. Après un laps de temps de quatre années, durant lesquelles les attaques avaient cessé, nouvelle émotion produite par le sifflet d'une locomotive quelques heures après son arrivée en Europe (elle est née dans une colonie), et presque aussitôt attaque qui a été suivie de plusieurs autres (quatre à six par mois) depuis six ans.

La médication bromurée (2 à 6 grammes par jour pendant trois mois) n'a amené aucune amélioration, et a paru au contraire jusqu'ici augmenter la fréquence des accès.

Obs. XXIV. *Epilepsie héréditaire et congéniale. — Imbécillité. — Nombreuses attaques. — Insuccès de la médication bromurée.* — Le nommé Ali..., vingt-sept ans, est entré à l'hospice de Bicêtre le 12 janvier 1863.

Père mort épileptique il y a deux mois.

La maladie date, chez notre malade, de l'enfance; son intelligence ne s'est pas développée; il ne sait ni lire ni écrire, n'a jamais pu apprendre aucune profession : le crâne est étroit; la physionomie sans expression. Le nombre des attaques a été considérable (dix à vingt par mois) depuis son enfance. Depuis son entrée à Bicêtre, il a été de dix à vingt par mois en 1863 et 1864; de vingt à trente-cinq par mois en 1865.

La médication bromurée (dose de 2 à 8 grammes pendant trois mois) n'a amené aucune diminution dans le nombre des attaques.

Il résulte de ces observations que, sur vingt-quatre malades traités par le bromure de potassium, quatre ont cessé d'avoir des accès; six ont été très-améliorés; dix ont été un peu améliorés; quatre n'ont ressenti aucun bon effet du médicament.

A première vue, les résultats n'ont pas été complétement heureux. Mais, outre que je n'ai pas la pensée de faire passer ce médicament comme infaillible, il faut d'abord tenir compte de cette considération importante, à savoir, qu'eu égard à la nullité de connaissances précises antérieures sur les indications thérapeutiques du bromure de potassium, je l'ai administré d'une façon empirique chez un certain nombre d'épileptiques pris au hasard, sans tenir compte de circonstances individuelles spéciales; en second lieu, la plupart des malades que j'ai choisis étaient depuis plusieurs années épileptiques, et avaient été atteints, pour la grande majorité, d'un nombre plus ou moins considérable d'accès. Je me suis bien donné garde de choisir des individus faiblement pris, pour juger la valeur de ce médicament nouveau.

Mais connaissant aujourd'hui ses propriétés physiologiques et ses indications thérapeutiques, je crois que je pourrais le plus souvent éviter de faire fausse route en n'employant pas le bromure dans certains cas d'épilepsie.

C'est à déterminer ces catégories, et à préciser les indications thérapeutiques, que vont tendre, en terminant, mes efforts.

Indications thérapeutiques.—En premier lieu, le bromure de potassium me paraît complétement inutile dans l'épilepsie liée à des lésions cérébrales, congéniales ou accidentelles. Cela ressort du moins des observations suivantes, où le médicament n'a rien produit de bon. Le malade (obs. XXI) est devenu épileptique à la suite d'une contusion cérébrale; chez celui (obs. XXII) l'affection a accompagné une hémiplégie droite et une aphasie consécutives à une fièvre typhoïde. — Chez la malade (obs. XXIII), l'affection se lie en partie à une fièvre typhoïde, cause si fréquente de désordres anatomiques persistants des méninges et du cerveau. Dans le dernier cas (obs. XXIV), il y a complication d'imbécillité et, l'on sait combien les lésions cérébrales sont constantes dans l'imbécillité et l'idiotie. Chez tous ces épileptiques, le bromure de potassium n'a produit aucun effet avantageux, quoique leurs accès fussent bien franchement de l'épilepsie.

L'utilité de ce médicament est au contraire indubitable dans les

cas les plus ordinaires où l'épilepsie est idiopathique et est une pure névrose. Il est bon évidemment que la maladie ne soit pas trop âgée, sans quoi le cervelet présente des lésions diverses, et la moelle allongée est le siége de vascularisations, de dilatations vasculaires, d'œdème du quatrième ventricule, de dégénérescence granuleuse et de sclérose péri-olivaire, qui sont une cause secondaire du retour d'accès ; mais, dans les cas où l'affection est récente et ne date pas de plus de quatre à cinq ans, le bromure m'a paru avoir une influence efficace ; dans les catégories suivantes en particulier :

1° Dans l'épilepsie dont la cause prédisposante est une grande impressionnabilité, une exaltation de la sensibilité, et ce que l'on appelle un tempérament nerveux, conditions dans lesquelles le plus léger motif suffit quelquefois pour faire éclater l'épilepsie ;

2° Dans l'épilepsie produite par des émotions vives, des impressions pénibles, la peur, l'onanisme et les excès vénériens chez des individus non prédisposés à la maladie ;

3° Dans l'épilepsie héréditaire de nature purement névrosique, soit qu'elle se lie chez les ascendants à l'épilepsie ou à d'autres névroses surtout convulsives, telles que l'hystérie, la chorée. Il n'est pas nécessaire, en effet, que les ascendants aient été épileptiques, il suffit qu'ils aient eu une névrose de l'ordre convulsif, ou même quelquefois une névrose non convulsive. Né avec une prédisposition héréditaire, l'individu devient, sous l'influence de certaines conditions, épileptique, aussi bien qu'il serait devenu choréique et même hystérique.

C'est dans ces trois catégories, où l'épilepsie résulte le plus souvent de l'excitation en excès de la force excito-motrice de la moelle, que le bromure de potassium peut être efficace. L'atténuation de cette force excito-motrice me paraît être un des meilleurs résultats de cet agent thérapeutique.

C'est la clinique qui m'a fourni ces données ; plusieurs malades, en effet (obs. III, obs. VI, obs. XI, obs. XII), ont cessé entièrement, sous l'influence du médicament, d'éprouver des secousses brusques qui les tourmentaient le jour et la nuit, et qui étaient indubitablement un produit de l'action réflexe de la moelle. Leur suppression absolue et rapide me fait croire que le bromure a une sorte d'action élective sur la cause qui les produit, c'est-à-dire sur la force excito-motrice de la moelle. On conçoit l'importance de cet effet dans une affection où la moelle joue un si grand rôle ; aussi atténuer, affaiblir cette propriété physiologique devenue excessive,

me paraît être un des principaux et des plus beaux effets de ce médicament; envisagée sous ce point de vue, sa portée est grande.

Il en résulte que l'une des *principales indications thérapeutiques* du bromure de potassium est *l'exaltation de la force excito-motrice de la moelle*, c'est-à-dire l'existence de secousses, de soubresauts et de mouvements brusques, diurnes ou nocturnes, partiels ou généraux; le but du médecin, qui doit tendre, dans cette cruelle maladie, à affaiblir cette propriété médullaire, se trouve ainsi en rapport avec l'un des effets du bromure : le médicament supprime ces secousses qui, chez quelques malades, rendent la vie insupportable par leur fréquence, interrompent le sommeil, l'agitent, et causent au réveil de la fatigue et de la courbature. Cet agent thérapeutique donne ainsi un calme et une tranquillité sur lesquels l'épileptique insiste et attire fortement l'attention. Il jouit dès lors d'un sommeil réparateur auquel il n'était plus habitué, et qui me paraît avoir une grande importance chez ces malades, d'ordinaire si excitables et impressionnables.

En résumé : 1° LES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES propres au bromure de potassium sont : une haleine particulière d'odeur de brome, de la rougeur du voile du palais, de la diminution ou de l'exagération de la salive; la diminution, puis l'absence de la sensibilité réflexe du voile du palais, de la base de la langue et de l'épiglotte (la sensibilité tactile et aux piqûres étant bien conservée, fait qui contredit les opinions admises); une exagération fréquente de la faim, de la constipation, un peu de diurèse, la dépression de la fonction génitale, la diminution et le retard dans l'apparition du sang menstruel; un état catarrhal fréquent des voies respiratoires; un état de lourdeur générale, une influence hypnotique, l'affaiblissement de la lucidité d'esprit; une action calmante sur la force excito-motrice de la moelle, et la sensibilité en général (un malade (obs. VII, partie thérapeutique) a présenté des troubles singuliers de la sensibilité aux piqûres de la peau), la diminution passagère de la mémoire, des troubles (par amnésie) des langages parlé et écrit; de l'acné sur la face, le cou, le dos, la poitrine, les membres ; une coloration bronzée (obs. IV, partie physiologique), de la fatigue musculaire, et quelquefois de la déséquilibration et de la titubation, et assez fréquemment de l'amaigrissement.

2° LES VOIES D'ÉLIMINATION sont la peau, la salive et l'urine ;

3° Ce médicament est indiqué et utile dans l'ÉPILEPSIE IDIOPATHIQUE, et surtout chez les malades qui présentent une surexcitation

de la force excito-motrice de la moelle. Il est inutile dans l'épilepsie symptomatique de lésions cérébrales;

4° Ce travail a abouti à deux conclusions qui sont en désaccord avec certaines opinions admises :

En premier lieu, contrairement aux idées ayant cours, le bromure de potassium ne supprime pas la sensibilité tactile et aux piqûres, pas plus que la contractilité musculaire du voile du palais, du pharynx et de la base de la langue. L'individu soumis aux fortes doses sent très-bien le moindre toucher, la plus légère piqûre, et les mouvements du voile du palais et du pharynx sont très-nets, mais la sensibilité réflexe a diminué ou a complétement disparu. Je crois que cette erreur, généralement admise, tient à ce que l'absence de la nausée produite par l'introduction d'un instrument ou du doigt jusqu'à l'épiglotte a fait supposer la perte de la sensibilité; on est accoutumé à juger de la sensibilité de ces régions par la facilité de la nausée; la trouvant supprimée, on a conclu que la sensibilité manquait.

En second lieu, il a été dit, et en particulier par le docteur Lasègue et par Fallani, que le bromure de potassium calmait sans jamais exciter; cela est loin d'être conforme à plusieurs de mes observations, et en particulier à celles n° I et n° IV (partie physiologique); ces malades, ainsi qu'un autre que j'ai traité depuis, ont présenté des phénomènes très-manifestes d'excitation, quoiqu'ils prissent du bromure de potassium non ioduré.

Enfin, et je m'arrêterai sur ces dernières considérations, le bromure de potassium est hyposthénisant, calmant, hypnotique, et un peu altérant; il est réellement utile dans l'épilepsie; il ne guérit pas le plus généralement d'une façon absolue, mais il atténue notablement la maladie, il diminue et même supprime l'éréthisme nerveux des épileptiques, les secousses, les soubresauts qu'ils ressentent si fréquemment.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des hémorrhoïdes.

Nous nous proposons, dans cet article, de présenter à nos lecteurs le traitement des hémorrhoïdes, en puisant les principaux détails qui vont suivre dans les remarquables leçons professées et publiées par M. le professeur Gosselin.

Posons d'abord et tâchons de résoudre cette question capitale : *Doit-on opérer les hémorrhoïdes?*

Aujourd'hui, de même qu'à toutes les époques qui nous ont précédés, deux opinions diamétralement opposées sont en présence.

Pour les uns, les hémorrhoïdes constituent un état pathologique qui ne peut avoir qu'une influence mauvaise sur la constitution ; il convient donc de les enlever.

Pour les autres, les hémorrhoïdes et surtout le flux qui les accompagne constituent une véritable fonction supplémentaire : c'est une sorte de soupape de sûreté établie par la nature, c'est un émonctoire qui rétablit l'équilibre chancelant de l'économie ; il convient donc de les respecter.

Les hémorrohïdes sont justiciables de la chirurgie, disent les premiers ; la chirurgie ne doit *jamais* intervenir dans le traitement des hémorrhoïdes, disent les seconds.

Il serait pourtant bien désirable que la lumière se fît sur cette importante question, et que le praticien, livré le plus souvent à sa propre inspiration, trouvât des règles de conduite nettement tracées et formulées.

Les opinions exclusives sont les pierres d'achoppement de la thérapeutique et marquent les points d'arrêt dans la marche des sciences ; notre siècle n'en a montré que trop d'exemples en ce qui concerne la médecine : or, s'il n'est pas sage celui qui propose d'opérer toujours, dans tous les cas, les hémorrhoïdes, il n'est pas plus raisonnable celui qui repousse systématiquement toute opération dans quelque cas que ce soit.

Il est aisé de concevoir que les dilatations des veines hémorrhoïdales situées à l'extrémité du système porte puissent être liées à l'embarras de ce système, et que, par conséquent, le flux hémorrhoïdal soit un moyen puissant et très-efficace de dérivation. Il faut alors le respecter, mais à une condition, c'est que pour éviter des accidents possibles et non certains, accessibles d'ailleurs d'une autre manière, vous ne laisserez pas le malade en proie à des douleurs qui lui rendent la vie insupportable.

Il n'est pas douteux qu'un bon nombre d'hémorrhoïdes doivent être respectées, car au danger de la suppression s'ajoutent les dangers de l'opération, et le remède ne doit jamais être pire que le mal ; mais il faut en vérité n'avoir jamais vu un seul de ces malheureux affectés d'énormes paquets d'hémorrhoïdes internes ulcérées, étranglées, pour rejeter dans ces cas toute opération chirurgicale ; car si vous dites que les hémorrhoïdes sont parfois une planche

de salut pour les malades, je dis qu'alors elles peuvent devenir une cause fatale d'épuisement et de mort.

Nous dirons avec M. Gosselin : « Ne laissons donc pas se perpétuer des doctrines purement hypothétiques, et invitons ceux qui ont des croyances bien arrêtées sur ces effets du flux hémorrhoïdal à examiner un peu avant de juger. Aussi bien, pour les applications pratiques, ce point de l'histoire des hémorrhoïdes n'est pas difficile. Si les personnes qui ont un flux sanguin habituel ou fréquent ne présentent aucun des symptômes de l'anémie, et ne souffrent pas de leur lésion anale, personne ne songera à les débarrasser de ce flux qui n'altère en rien leur santé ; mais si elles sont anémiques d'une façon évidente, pourquoi leur laisser, sous prétexte d'effets salutaires hypothétiques, une lésion qui, sans aucun doute, apporte un trouble dans leur santé, et qui, si elle persiste, peut à la longue devenir une cause d'infirmité, et même de mort ? »

La vérité est entre les deux opinions extrêmes que j'exprimais tout à l'heure : il ne faut pas opérer les hémorrhoïdes qui ne donnent lieu qu'à peu ou point d'accidents ; mais il ne faut pas hésiter à les attaquer énergiquement chaque fois qu'au lieu d'être une garantie pour la santé de l'homme, elles ne sont pour lui qu'une source de douleur et de misère.

M. Gosselin a étudié, avec un soin très-minutieux, le traitement qu'il convient d'appliquer aux différentes variétés d'hémorrhoïdes ; il a établi surtout une différence capitale entre les hémorrhoïdes *externes* et les *internes*, ces dernières nécessitant seules presque toujours l'intervention active du chirurgien.

Voici les règles de traitement qu'il formule pour les hémorrhoïdes externes :

1° Pour les hémorrhoïdes flasques, molles et indolentes, il n'y a absolument rien à faire.

2° Pour celles qui sont légèrement turgescentes, sans douleur, avec un peu de tuméfaction, rien à faire encore que quelques applications froides.

3° Quand les hémorrhoïdes externes sont passées à cet état de turgescence qu'on peut attribuer à l'inflammation aiguë, le repos, l'application de linges mouillés d'eau froide, les cataplasmes de fécule froids, les bains de siége frais ou tièdes, les sangsues, lorsque le sujet est fort, sont les moyens qu'il convient d'employer ; on y ajoute des laxatifs donnés tous les jours pour faciliter les garde-robes, à moins que les évacuations, même avec les laxatifs, n'augmentent trop la douleur et n'amènent une contraction spasmodique

de l'anus, auquel cas il faut se contenter d'un purgatif tous les quatre ou cinq jours. On a conseillé encore diverses pommades, telles que le cold-cream, le beurre de cacao, le mélange d'axonge et d'extrait de ratanhia dans la proportion de 4 grammes pour 30. Tous ces moyens amènent un certain soulagement, sans doute à cause de la réfrigération momentanée de la région malade.

M. Gosselin rejette toute opération pour les hémorrhoïdes cutanées. Il s'en tient toujours aux moyens précédents.

Les hémorrhoïdes externes se terminent parfois par induration; c'est-à-dire que l'élément veineux a disparu sous la pression d'un épanchement plastique dans le tissu cellulaire. Si cette petite tumeur est douloureuse, il n'y a aucun inconvénient à l'exciser.

L'intervention chirurgicale est très-rarement utile dans le traitement des hémorrhoïdes externes, mais il n'en est pas de même pour les internes. M. Gosselin a étudié ce sujet avec grand soin. Nous allons le suivre dans les différents cas qu'il a posés:

1° Pour les hémorrhoïdes non procidentes, non douloureuses et saignant habituellement à chaque garde-robe, mais en petite quantité; pour ces cas, en un mot, où les hémorrhoïdes sont indifférentes, la thérapeutique n'a le plus souvent rien à faire, et cela pour une raison toute simple, c'est que les sujets ne se plaignent de rien et ne demandent aucun conseil.

Il faut alors insister sur les laxatifs et le régime. S'opposer à la constipation. Viandes blanches, légumes, fruits; s'abstenir d'alcooliques; éviter la station assise; faire de l'exercice.

2° Pour les hémorrhoïdes procidentes, mais promptement et facilement réductibles, il n'y a encore rien de sérieux à conseiller, si ce n'est les mêmes précautions que tout à l'heure, en vue tant d'empêcher les saignements que d'arrêter le développement des tumeurs et de leur conserver un volume assez petit pour que leur réduction continue à être facile.

3° Pour les hémorrhoïdes facilement réductibles, mais saignant assez souvent et assez abondamment pour avoir produit déjà une anémie plus ou moins prononcée; pour celles qui sont tout à la fois procidentes et très-douloureuses par suite d'une excoriation; pour celles qui sont lentement et difficilement réductibles, avec des douleurs pendant toute la durée du prolapsus et plus ou moins de saignement; pour celles surtout qui sont irréductibles, un traitement palliatif ne suffit plus. Le chirurgien doit alors proposer au malade un traitement propre, non pas à amener la disparition complète des bourrelets hémorrhoïdaux (c'est le but qu'ont tenté, à

tort suivant nous, quelques chirurgiens modernes), mais bien à faire cesser les accidents et les troubles fonctionnels, ce qui n'exige pas une opération radicale.

Examinons les méthodes employées actuellement pour arriver à ce résultat.

Les chirurgiens ont songé à attaquer les hémorrhoïdes de deux manières différentes : soit en les coupant, soit en les détruisant par la cautérisation.

Quoique cela puisse paraître une vérité banale, nous répéterons néanmoins qu'ici, comme partout du reste, en médecine opératoire, la considération des accidents primitifs et consécutifs, celle des résultats ultérieurs, doit décider le choix du manuel opératoire.

Or, en raison même de la texture des paquets hémorrhoïdaux, deux accidents primitifs sont à redouter : l'hémorrhagie et l'infection purulente. Un accident consécutif a été signalé dans ces dernières années, le rétrécissement de l'anus. Jugeons avec cela les méthodes.

Il est évident que l'*excision avec le bistouri*, ainsi que la pratiquaient encore Boyer et Dupuytren, expose par excellence à l'hémorrhagie; qu'elle laisse après elle les orifices béants de veines nombreuses et volumineuses, toutes prêtes à puiser le pus dans la plaie et à le transporter dans le sang.

L'excision est donc une très-mauvaise méthode, elle expose au maximum d'accidents ; il faut l'abandonner.

On s'est servi de la *ligature*, soit lente avec un fil ordinaire, soit *extemporanée* avec une chaîne métallique, c'est l'*écrasement linéaire* de M. Chassaignac.

La ligature avec un fil, quoique pratiquée par Curling en Angleterre, est complétement abandonnée en France. Elle est très-douloureuse et ne met pas suffisamment à l'abri des accidents précités.

Lorsque il y a une quinzaine d'années, M. Chassaignac fit connaître ses résultats avec l'écraseur linéaire, il se produisit un véritable engouement pour sa méthode. Elle agissait rapidement, complétement et paraissait, suivant l'auteur, mettre le malade à l'abri de toute espèce de danger. Les vaisseaux se trouvaient oblitérés par le fait même de l'écrasement de leurs parois, et M. Chassaignac supprimait ainsi, d'un même coup, les deux accidents primitifs, hémorrhagie et infection purulente. Mais les faits ultérieures ne tardèrent pas à démontrer que la méthode de M. Chassaignac, bien supérieure à l'excision pratiquée jusqu'alors,

nc représentait cependant pas l'idéal, car on signala des hémorrhagies et des infections purulentes.

M. Chassaignac pratiquait au début l'écrasement total des hémorrhoïdes, c'est-à-dire qu'il attirait au dehors toute la masse, la pédiculisait avec un fil, et faisait ainsi une plaie annulaire.

Il arriva ce qu'on aurait pu prévoir d'avance, c'est-à-dire que la plaie en se cicatrisant se rétrécit, et chez quelques sujets produisit un véritable rétrécissement de l'anus, incoercible. Des faits de ce genre, bien établis par la Société de chirurgie en 1859, firent abandonner complétement la méthode primitive de M. Chassaignac. C'est alors que l'on proposa d'enlever partiellement les bourrelets hémorrhoïdaux, en ayant soin de laisser entre eux des ponts de tissu sain, destinés à s'opposer au rétrécissement cicatriciel de l'anus. A cette époque M. Gosselin formula nettement la nouvelle méthode qu'il convenait d'employer.

Il déclara catégoriquement (1) qu'il était inutile et dangereux, dans les opérations de ce genre, d'enlever les hémorrhoïdes cutanées en même temps que les hémorrhoïdes muqueuses ou internes ; que les premières pouvaient être conservées sans aucun inconvénient, et que les enlever en même temps que les secondes, c'était augmenter, sans aucun profit, les chances de rétrécissement et d'infection purulente.

Il annonça que, guidé par l'observation de malades qui, à la suite de cautérisation au fer rouge, avaient été débarrassés des inconvénients de leurs hémorrhoïdes internes, et n'avaient plus été gênés par leurs hémorrhoïdes externes qu'on avait laissées en place, il avait jusque-là opéré exclusivement les hémorrhoïdes internes avec l'écraseur, en faisant, non pas une section annulaire, mais plusieurs sections partielles qui portaient sur les points les plus soulevés de la membrane muqueuse procidente. Ce procédé n'avait pas donné de rétrécissement anal consécutif.

L'exécution est, il est vrai, plus lente et moins brillante que celle de l'écrasement annulaire, surtout si l'on n'a qu'un seul écraseur à sa disposition. Il est nécessaire, en effet, de pédiculiser successivement avec un fil, puis de couper avec l'écraseur deux, trois ou quatre points variqueux et proéminents de la muqueuse rectale. Il est vrai que l'on peut parer à la lenteur résultant de cette manière d'opérer par l'emploi simultané de deux ou trois écraseurs, dont un ou deux sont tenus, et au besoin manœuvrés par des aides dont on dirige les

(1) *Bull. de la Soc. de chirurg.*, t. IX, p. 295.

manœuvres, pendant que soi-même on fait marcher un des instruments.

C'était là, évidemment, un très-grand perfectionnement, et la méthode, ainsi formulée, est encore aujourd'hui très-applicable. M. Gosselin paraît cependant y avoir renoncé, à la suite de deux cas d'infection purulente.

Si l'on considère néanmoins que l'écrasement partiel est une opération facile, rarement suivie d'accidents; qu'il permet d'enlever les bourrelets ulcérés et saignants, en respectant les autres, et de donner ainsi satisfaction à ceux qui ne veulent pas de la suppression des hémorrhoïdes, je crois qu'il faut le conserver dans la pratique, qu'il y peut rendre de grands services.

L'idée de détruire les hémorrhoïdes à l'aide des caustiques remonte bien haut, puisque Hippocrate conseille l'emploi du fer rouge.

Il est certain que l'emploi du fer rouge a donné de très-beaux résultats, surtout à Ph. Boyer, qui a fortement contribué à remettre en honneur cette ancienne opération. Je considère la cautérisation à l'aide du fer rouge comme une très-bonne opération qui met à peu près certainement à l'abri des accidents primitifs et consécutifs, et donne des résultats ultérieurs satisfaisants. Je n'y insiste pas, non plus que sur l'emploi du caustique de Vienne. Je me hâte d'arriver à la nouvelle méthode préconisée par M. Gosselin, méthode qui doit remplacer toutes les autres, si les espérances qu'elle promet continuent à se réaliser.

MM. Gosselin et Demarquay ont appelé l'attention sur ce fait important: c'est qu'il n'est pas nécessaire, pour faire disparaître les accidents produits par les hémorrhoïdes, d'obtenir une cautérisation profonde et destructive de toute l'épaisseur du bourrelet; la destruction de la muqueuse suffit le plus ordinairement. C'est de cette façon qu'agit la cautérisation avec les caustiques liquides et principalement avec l'acide azotique, sur laquelle nous allons insister.

La cautérisation des hémorrhoïdes avec l'acide azotique, préconisée par le docteur Houston, de Dublin, en 1843, a été très-négligée en France, sans qu'on en puisse trouver la raison.

Depuis quatre ans, M. Gosselin l'a employée vingt-quatre fois avec un succès tel, qu'il la recommande fortement aux praticiens.

Voici comment la méthode est exposée par le savant professeur :

Le mode d'exécution est des plus simples. Nous supposerons deux cas : celui d'une hémorrhoïde interne solitaire et celui d'hémorrhoïdes internes multiples.

Dans l'un et l'autre cas, le malade a rendu un lavement immédiatement avant l'intervention du chirurgien. On a préparé à l'avance l'appareil instrumental, qui est très-simple et se compose : 1° d'un petit pinceau en charpie, et mieux en amiante (substance sur laquelle les acides ne s'altèrent pas), que l'on fixe avec un fil sur un petit bâton, et mieux sur un fil de fer ; 2° d'un flacon renfermant de l'acide azotique. Je me suis servi jusqu'à présent de l'acide monohydraté. A son défaut, on pourrait prendre l'acide ordinaire, mais aussi concentré que possible. On pourrait également se servir soit de nitrate acide de mercure, soit d'acide chromique. Je n'ai pas eu l'occasion de recourir à ces derniers agents, parce que j'ai toujours pu, à Paris, me procurer de l'acide monohydraté, et parce qu'étant satisfait de ses résultats, je n'ai pas eu de motifs pour changer.

1° Le petit pinceau est promené sur l'hémorrhoïde, qu'on met à découvert le mieux possible en écartant l'ouverture anale avec les doigts. Il n'est pas nécessaire de laisser longtemps le caustique en place. Après deux ou trois secondes, on voit la muqueuse blanchir, et l'effet est produit. On réduit ensuite, si on peut le faire sans difficulté.

Cette cautérisation fait naître une douleur qui est rarement immédiate, mais se produit quelques secondes ou bien une ou deux minutes après l'ablation du pinceau. Elle va en augmentant pendant dix à quinze minutes, puis elle reste stationnaire, et disparaît bientôt, si surtout la tumeur a pu être replacée dans le rectum. Le malade n'est pas obligé de garder le lit, et peut, au bout de deux ou trois heures, reprendre ses occupations.

2° Lorsque les hémorrhoïdes internes sont multiples, et surtout lorsqu'elles forment, après leur prolapsus, un bourrelet circulaire circonscrit par le bourrelet des hémorrhoïdes externes, il ne faut pas, autant que possible, toucher aux hémorrhoïdes externes, mais seulement aux internes. Il vaudrait mieux ne pas les toucher toutes dans une même séance, mais seulement deux ou trois bosselures, celles qui sont le plus excoriées.

Lorsque les hémorrhoïdes sont saignantes, elles fournissent encore du sang une ou deux fois, c'est-à-dire jusqu'à ce que la cicatrice consécutive à la chute de l'escarre ait assez de résistance pour s'opposer à la sortie du liquide.

Il faut laisser passer huit jours au moins avant de procéder à une nouvelle cautérisation ; il n'y a même aucun inconvénient à attendre plus longtemps et à laisser le malade choisir son jour et

son heure. On lui fait prendre alors un nouveau lavement; on examine, une fois que la procidence est reproduite, l'état des parties cautérisées; on voit si la cicatrice est achevée ou non, si quelque point reste encore bleu et turgescent ou excorié au niveau de la première opération. Ne voit-on rien de semblable, la cicatrice est-elle faite ou sur le point de se faire, on n'a plus à cautériser ces mêmes points, et l'on porte le caustique sur d'autres tumeurs hémorrhoïdales de la façon déjà indiquée.

Après les deux premières cautérisations, on fera bien d'attendre une quinzaine de jours avant de revenir à une troisième. Il faut laisser aux cicatrices le temps de se compléter.

Quatre, cinq ou six cautérisations échelonnées ainsi, à des intervalles de quinze jours, sont souvent nécessaires pour les bourrelets hémorrhoïdaux un peu volumineux.

M. Gosselin n'a vu survenir aucun inconvénient sérieux à la suite de la cautérisation avec l'acide azotique. Non-seulement il n'y a pas eu d'infection purulente, ni de rétrécissement du rectum, mais on n'a pas vu arriver à l'état d'hémorrhagie l'écoulement sanguin qui a lieu habituellement lors de la première ou de la seconde garde-robe qui suit l'opération.

Quatre fois M. Gosselin a été témoin d'une suite contre laquelle on doit se tenir en garde; savoir: une gerçure, sorte de fissure très-douloureuse au moment de la défécation. Cette gerçure n'était autre chose que la persistance trop longue d'une partie de la solution de continuité laissée par l'escarre.

Il ne faut pas hésiter en pareil cas à proposer la dilatation forcée suivant le procédé de Récamier. A l'aide de ce moyen, il a parfaitement réussi sur ses quatre malades.

M. Gosselin craint cependant que, dans le cas de bourrelets hémorrhoïdaux très-volumineux, l'acide azotique ne soit insuffisant; il aurait recours alors au fer rouge, plutôt qu'à l'écrasement linéaire.

Nous engageons, en terminant, les praticiens à se servir, contre les bourrelets hémorrhoïdaux douloureux, de la cautérisation avec l'acide azotique, opération la plus simple et la moins effrayante de toutes celles qui ont été conseillées jusqu'à présent.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Moyen d'obtenir le parfum des fleurs.

Un chimiste, M. Millon, pharmacien en chef de l'hospice d'Alger, a constaté que le sulfure de carbone est un agent précieux pour dissoudre dans les fleurs les huiles essentielles qu'elles contiennent.

Nous avons utilisé la pensée de notre confrère pour extraire de certaines fleurs le parfum, qu'on ne peut obtenir qu'avec de grands frais et de longues manipulations. Nous avons opéré sur le réséda, la violette, l'héliotrope, la tubéreuse, le muguet des bois, le jasmin, l'épine blanche, le lilas, toutes fleurs dont le parfum est tellement fugace, qu'il est détruit par la chaleur, si on veut l'obtenir par la distillation.

Nous avons modifié le procédé de M. Millon de la manière suivante :

On remplit un flacon de pétales de fleurs nouvellement cueillies; on verse sur les fleurs du sulfure de carbone en suffisante quantité pour les baigner, on bouche le flacon, on agite; le sulfure de carbone pénètre les fleurs, en chasse l'eau de végétation, qui tombe au fond du flacon. Après six jours de macération à froid, on décante le sulfure de carbone dans un autre flacon plein de la même fleur; on opère ainsi quatre fois; on soumet les fleurs à la presse. Si on agit sur de grandes masses, le liquide est fortement coloré.

On sépare l'arome d'une fleur d'avec le sulfure de carbone de plusieurs manières, selon qu'on agit sur une plus ou moins grande masse de produit. Le procédé en petit consiste à laisser évaporer à l'air libre tout le sulfure de carbone employé et à traiter la petite quantité d'essence qui reste par de l'alcool à 40 degrés. — On peut également opérer la séparation de l'arome de cette autre manière : on met de l'huile d'amandes douces dans le sulfure de carbone; on agite fortement le mélange trois à quatre fois le jour, pendant quatre jours; on verse le tout dans une capsule, qu'on expose à l'air libre. Si on agit sur de grandes quantités, on distille au bain-marie et à la plus basse température possible, pour ne pas perdre de sulfure de carbone, ni détruire l'arome qu'on veut fixer.

Nous avons traité de l'huile ainsi parfumée par de l'alcool à 40 degrés; l'alcoolé qui en est résulté était d'une grande suavité d'odeur.

Les proportions suivantes nous ont donné de bons résultats :

Pétales de fleurs........................	5 kilogrammes.
Sulfure de carbone.......................	5 kilogrammes.
Huile d'amandes douces...................	1 kilogr. 500 gr.

Une huile fixe parfumée par ce moyen peut servir de cosmétique, entrer dans des pommades ou des liniments prescrits par le médecin.

Falsification de l'essence du romarin officinal.

Dans le commerce de la droguerie, il est très-rare de trouver des huiles essentielles végétales parfaitement pures; c'est pour cette cause que nous avons souvent l'occasion de signaler les falsifications qu'on leur fait subir.

Une des principales maisons de parfumerie de Paris avait reçu du midi de la France une forte partie d'essence de romarin, qu'elle soumit à la distillation pour la rectifier.

On fut très-surpris de constater, pendant l'opération, que le rendement de cette essence n'était pas en rapport avec la quantité employée; la différence était de plus de 15 pour 100; on s'en expliqua la cause par l'abondant dépôt qui s'était formé dans le bain-marie de l'alambic.

On nous a remis une certaine quantité de ce dépôt; il a la consistance d'un magma épais; son odeur est forte et pénétrante; sa couleur jaune clair devient blanche lorsque, au moyen d'un papier buvard, on lui enlève toute l'essence qu'il contient. Cette substance ainsi séchée est pulvérulente; vue au microscope, on lui reconnaît une forme cristalline multiple.

Evidemment on avait ajouté à cette huile essentielle une certaine quantité de camphre, dans le but de la falsifier; les chiffres suivants en sont la preuve : l'essence de romarin surfine se vend 8 francs le kilogramme, tandis que le prix du camphre n'est que de 4 francs.

L'odeur pénétrante de l'essence de romarin masque parfaitement celle du camphre; leur mélange est si intime, qu'à l'œil on n'y peut rien connaître.

On sait que beaucoup d'huiles volatiles, retirées des plantes de la famille des labiées, laissent déposer en vieillissant une matière cristalline qu'on a nommée *camphre ;* nous pensons que c'est à tort qu'on lui a donné cette dénomination. Nous avons vu beaucoup de ces dépôts cristallins, lorsque nous étions chargé du laboratoire de MM. Aubé, et lorsque nous étions élève chez M. Menier; jamais

nous ne leur avions trouvé des rapports physiques et chimiques avec l'huile concrétée du *laurus camphora ;* il en est de même des stéaroptènes, qu'on obtient en faisant réagir des acides minéraux sur des huiles volatiles : les produits sont encore indéterminés.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nous recevons de Constantinople la lettre suivante, qui confirme pleinement notre opinion sur la propagation du choléra et les mesures à prendre contre ce terrible fléau :

Constantinople, le 15 août 1866.

Mon cher Rédacteur,

Je pense que les nouvelles sanitaires de l'Orient auront pour vous, en ce moment, d'autant plus d'intérêt, que le dernier courrier de France étant parti avec *patente brute* (style d'intendance sanitaire) de Constantinople, c'est-à-dire astreint à une quarantaine de dix jours à Marseille, quelques journaux ne manqueront pas d'en conclure que nous sommes ici en puissance d'épidémie.

Jusqu'à présent Constantinople a joui d'une parfaite immunité relativement au choléra : chose d'autant plus remarquable, qu'il sévit depuis plus d'un mois dans le voisinage, à Sulina, à Tulscha, villes du Danube en communication fréquente avec la capitale de la Turquie, et à Odessa, d'où la descente des grains commence à s'effectuer. Si le choléra ne s'est point encore propagé à Constantinople, ville du monde où le terrain est le mieux préparé pour le recevoir, il est hors de doute qu'il faut en rendre grâce aux mesures sanitaires qui ont été prises par le gouvernement ottoman à la sollicitation du médecin sanitaire de France, M. le docteur Fauvel, qui dirige, avec une grande expérience des questions sanitaires, les travaux de la conférence internationale.

Dès l'apparition des premiers cas de choléra dans le Danube, toutes les provenances, bateaux, passagers, marchandises, furent astreints à une quarantaine de dix jours pleins à Buyuck-Déré, village situé à l'entrée du Bosphore, du côté de la mer Noire. Odessa ne tarda pas à être soumise à cette règle, malgré les difficultés sans nombre qui résultaient de l'affluence des transports de grains. Quelque rigoureuses qu'aient semblé ces précautions dans l'origine, elles étaient parfaitement motivées et ne tardèrent pas à recevoir une

confirmation éclatante par l'apparition, à bord des bateaux retenus en quarantaine, de quelques cas de choléra épidémique.

A peine l'épidémie apparaissait à Marseille que les provenances de France furent soumises à la quarantaine, et le paquebot-poste l'*Amérique* le premier, arrivant aux Dardanelles le 25 juillet, dut y séjourner dix jours.

Tel a été l'état des choses jusqu'au mercredi 8 août. Dans le cours de cette journée, une femme habitant un des quartiers populeux de Constantinople, Calliondji-Coullouk, voisin du quartier européen de Péra, est atteinte de choléra et meurt. Craignant de se trouver en présence d'un foyer cholérique à son début, le docteur Fauvel fait établir autour de la maison un cordon sanitaire. Une enquête fit savoir que cette femme n'avait communiqué avec personne qui pût être suspecté de choléra, et que, soumise à un régime hygiénique déplorable, la veille de sa maladie elle s'était repue d'une quantité immodérée de raisins verts. — Le même jour, à l'hôpital italien, un malade, atteint depuis deux mois de diarrhée et très-affaibli, étant parvenu à se procurer des fruits verts qu'il mangea en abondance, fut pris d'accidents cholériques et mourut dans la nuit.

Bien que ces deux décès ne parussent point devoir être rapportés au choléra épidémique, l'intendance sanitaire n'hésita pas, par prudence, à délivrer aux navires en partance une patente brute et à y mentionner ces deux cas de choléra.

Voilà pourquoi le paquebot l'*Amérique*, parti le 8 de Constantinople, aura subi, selon toute apparence, à son arrivée à Marseille, une quarantaine de dix jours. Le cas de Calliondji-Coullouk et celui de l'hôpital italien sont restés isolés depuis ce temps, et il est certain aujourd'hui qu'ils constituaient des cas de choléra sporadique ; aussi la libre pratique a-t-elle été rétablie dès le 11 de ce mois.

Tels sont, mon cher rédacteur, les faits dans toute leur exactitude. On peut voir là un effet de plus de l'efficacité des quarantaines, efficacité qui serait absolue si toutes les conditions étaient et pouvaient être rigoureusement observées, et qui ne se traduit, dans l'état déplorable où sont les services sanitaires, que par une diminution notable des chances d'importation, ce qui est déjà beaucoup.

Avec des conditions aussi favorables au développement d'une épidémie cholérique, telles que les chaleurs extrêmes du mois de juillet, la saleté incroyable de la ville, où les égouts et les fosses d'aisances s'infiltrent dans le sol, des rues encombrées d'immondices et de cadavres d'animaux, le manque d'eau, l'entassement de la population, une nourriture composée exclusivement de concombres

verts, de melons dont le peuple se dispute les écorces, et de fruits qui n'atteignent jamais la maturité, et avec tout cela le voisinage du fléau et la prédominance marquée des affections intestinales, il faut avouer qu'on ne saurait s'expliquer autrement que par les mesures quarantainaires l'immunité dont nous jouissons. Mais dans ce réseau où l'on tente d'enserrer le choléra, que de mailles rompues au travers desquelles, le hasard aidant, il peut passer d'un moment à l'autre!

Les travaux de la conférence sanitaire s'avancent. Déjà toute la première partie, relative à l'origine, l'endémicité, la transmissibilité et la propagation du choléra, est achevée et forme un ensemble des plus remarquables où ces questions sont traitées de main de maître.

Ce qu'on ne saurait trop louer dans ce travail, c'est l'esprit méthodique avec lequel M. le docteur Fauvel a su élaguer toutes les discussions théoriques et oiseuses au sein de la conférence, pour ne s'arrêter qu'aux connaissances précises et certaines dont la pratique peut tirer quelque profit; préférant marquer nettement le point où nos connaissances scientifiques s'arrêtent, que de s'avancer au hasard sur le terrain mouvant des hypothèses.

La deuxième partie se prépare en ce moment; elle offre encore plus d'intérêt et présentera l'ensemble des moyens propres à empêcher la marche envahissante du choléra et à lui fermer les portes de l'Occident, chose que la configuration géographique de ces contrées-ci rend fort praticable, et il est probable que dans un mois ou deux ces travaux seront complétement terminés.

Agréez, etc. D[r] Jousset (de Bellesme),
Médecin sanitaire en Orient.

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Année médicale et scientifique*, par MM. Moutet, Jacquemet, Pécholier et Cavalier, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier.
2° *Dictionnaire annuel du progrès des sciences et institutions médicales*, par M. P. Garnier, médecin de l'asile de Bon-Secours, chevalier de l'ordre du Christ de Portugal, rédacteur de l'*Union médicale*, précédé d'une introduction, par M. Amédée Latour.
3° *La Science et les Savants en* 1865, par M. Victor Meunier.
4° *Annuaire pharmaceutique*, fondé par MM. O. Reveil et H. Pariset, etc.

Les Annuaires scientifiques qui, depuis quelque vingt ans, se sont si multipliés tant en France qu'à l'étranger, n'ont, en face des

nouveaux recueils périodiques qui suivent presque jour par jour les mouvements de la science, qu'une raison d'être : c'est qu'appréciant ce mouvement du haut d'une critique indépendante, ils y distinguent ce qui est progrès réel de ce qui n'en a que la vaine apparence et masque le vide des choses sous la décevante splendeur des mots. On le voit, nous nous montrons très-réservé dans nos exigences vis-à-vis de travaux qui, s'ils voulaient atteindre l'idéal qu'on conçoit sous une telle rubrique, demanderaient, ce qui n'est à la portée de personne, un ensemble de doctrine ou une supériorité de principes qui, en outre de l'indépendance dont nous venons de parler et qui n'est que de l'homme, assurât une bien plus haute autorité à cette critique, celle d'une sorte d'infaillibilité au moins relative dans l'appréciation des idées et des faits qu'il s'agit de juger. Malheureusement ces principes, malheureusement cette doctrine, nous les attendons encore, et lorsque des hommes laborieux se rencontrent, qui se vouent à l'œuvre utile dont nous nous occupons en ce moment, on doit les encourager dans leurs généreux efforts, quand ils offrent à ceux qu'ils prétendent à diriger la double garantie d'une honnête indépendance et d'une science éprouvée. Les noms des auteurs honorables qui brillent au frontispice des diverses publications dont les titres sont indiqués en tête de cet article, nous assurent à l'avance que ces conditions seront remplies, et que le but modeste qu'ils se proposent, ils sauront l'atteindre.

Les savants agrégés de la Faculté de Montpellier, dans l'Annuaire qu'ils publient, et qui compte déjà trois années, se proposent un but nettement déterminé, c'est le résumé critique des principales discussions qui ont eu lieu dans les sociétés savantes, et des travaux les plus importants qui ont paru dans les journaux et les recueils scientifiques dans l'année qui précède leur publication. MM. Moutet, Jacquemet, Pécholier et Cavalier ont parfaitement compris que, pour donner aux discussions qu'ils résument, ou aux travaux qu'ils rappellent, un intérêt qui en fixe dans l'esprit les principaux résultats, il est nécessaire de les présenter dans les affirmations doctrinales qui s'y produisent, comme dans les contradictions qui les combattent, et de dominer les unes et les autres par une critique large, indépendante, qui ne puise ses inspirations que dans un sincère amour de la vérité. Lorsqu'on revise ces discussions plus ou moins retentissantes, suivant l'écho du milieu où elles sont soulevées, lorsqu'on soumet à la critique d'une oupelle rigoureuse ces publications que l'autorité des auteurs re-

commande quelquefois, que le hasard des relations, des positions, sert souvent plus d'une fois l'auteur le plus bienveillant, celui à qui l'applaudissement coûte le moins, et qui incline le plus à l'optimisme en matière de progrès scientifique, est bien forcé de reconnaître que les questions, quand elles ne s'y sont point obscurcies, ne s'y sont point éclairées du moins d'une grande lumière. Esprits judicieux, et dégagés de toute connivence avec les petites passions de la fatuité des petites écoles, les médecins de Montpellier ont eu plus d'une fois l'occasion de constater, dans leurs revues sommaires, que sur beaucoup de questions plus ou moins bruyamment, ou brillamment agitées, aucune échappée de lumière ne s'est produite, et que les problèmes restent tout entiers avec leur obscurité primitive. Lorsqu'il n'en est point ainsi, lorsque les faits, avec leur irréfragable autorité, viennent sanctionner une conception nouvelle, ou une idée encore en partie à l'état latent, si nous pouvons ainsi dire, dans une expérience incomplète, ils le disent avec plus de bonheur assurément, mais avec la même indépendance et la même bonne foi. Tous, élèves de Montpellier, ils montrent là partout que l'esprit de cette grande école est le fil d'Ariane qui les dirige dans leurs délicates appréciations, mais cet esprit même s'y montre avec une réserve de bon sens, de sang-froid doctrinal qui donne crédit à leurs jugements. Dans cette sage mesure, ce contrôle de la moderne Cos, exercé par des hommes dont le nom signifie science sérieuse et jugement droit, ne peut que profiter utilement à des travaux conçus en général à un autre point de vue, et les corriger dans ce qu'ils peuvent présenter d'excessif. Aussi bien est-ce surtout aux médecins, et ce sont les plus nombreux, qui se sont allaités à une autre mamelle que celle de l'*alma parens* du Midi, que nous recommandons la lecture attentive de l'*Année médicale et scientifique* de nos intelligents et laborieux confrères, MM. Moutet, Jacquemet, Pécholier et Cavalier. Nous devons, à notre grand regret, nous borner à cette indication, mais notre plume nous aurait bien mal servi, s'ils ne voyaient dans les courtes réflexions qui précèdent l'expression d'une sympathie réelle, vraie, pour une œuvre que nous avons tout d'abord distinguée.

Le *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales*, de notre savant et laborieux confrère M. P. Garnier, aspire, en l'agrandissant, au même but que l'*Année médicale ;* mais ici l'auteur, plus historien que critique, se propose surtout de faire chaque année, et sous la forme alphabétique, l'inventaire non-

seulement des progrès réels de la science, mais encore de toutes les tentatives sérieuses qui ont le progrès pour but. Dans un bon nombre d'articles du Dictionnaire de notre savant confrère, cet esprit impersonnel, si nous pouvons ainsi parler, se montre systématique, et à un certain point de vue nous ne saurions l'en blâmer ; car, en somme, qui vous dit que ce qui n'est encore qu'à l'état de pure présomption, de simple assertion même, à cette heure de la science, dans tel ou tel travail que résume M. Garnier, ne contient pas quelque vérité que l'avenir en fera jaillir un jour ? Dans tous les cas, M. Garnier est un esprit trop sagace, qui aime trop à scruter le fond des choses, pour s'arrêter ainsi à la surface de celles-ci, et le plus souvent, et très-heureusement pour le lecteur, la personnalité de l'auteur ne s'efface pas ainsi, et une critique, en général aussi judicieuse que nous la croyons indépendante, couronne et complète une consciencieuse exposition. Mais il n'y a pas, il n'y aura pas (nous en parlons sans hésiter au futur, tant nous sommes convaincu que la publication de notre confrère a de l'avenir), il n'y a pas, il n'y aura pas que de la science proprement dite dans ce Dictionnaire ; obéissant à une voix autorisée, celle de M. Amédée Latour, M. Garnier ouvre libéralement son répertoire aux questions de jurisprudence médicale, aux questions relatives à l'enseignement de la médecine, et, précieuse indication pour plusieurs, l'auteur indique le sujet des prix proposés chaque année par les sociétés savantes : il n'y a pas jusqu'à la nécrologie à laquelle notre savant confrère n'ait donné une place dans son livre. C'est là un conseil entre beaucoup d'autres que lui a donnés l'homme à l'esprit éclairé et au cœur bienveillant dont nous parlions tout à l'heure, et qu'il a docilement suivi ; pour notre compte, et si peu que vaille notre humble suffrage, nous sommes heureux de le lui donner publiquement ici. En un mot, tous les esprits curieux non-seulement de la marche de la science, mais des choses qui, à un point de vue quelconque, intéressent notre laborieuse profession, voudront lire le Dictionnaire de M. Garnier, car ils y trouveront toujours, sinon une réponse, tout au moins un essai de réponse aux questions qui, pour nous, se posent tous les jours.

Nous ne ferons que mentionner le recueil bisannuel de M. Victor Meunier, car ce n'est que bien incidemment que l'auteur aborde quelquefois des questions qui nous touchent directement ; toutefois, comme beaucoup d'entre nous ne sont pas si exclusivement médecins qu'ils ne jettent de temps en temps un coup d'œil sur les

sciences qui nous confinent, ou, plus modestement, auxquelles nous confinons, nous recommanderons d'une manière particulière à ces grands curieux la publication de M. Victor Meunier; nous la recommanderons surtout à ceux qu'auraient troublés dans les sûres intuitions de leur conscience les téméraires solutions des philosophes naturalistes du jour qui taillent à volonté dans l'étoffe du possible et du peut-être : écoutez, leur dirai-je, et réconfortez-vous dans ces nobles pensées, principalement au jour de l'injustice : « La science crée des merveilles; elle augmente la splendeur, la prospérité, la puissance des nations; elle renverse les barrières qui séparaient les Etats; elle accroît le bien-être des masses et élève la moyenne de la vie. Tout ce spectacle est propre à inspirer à l'homme un légitime orgueil. Mais là ne doit pas se borner l'activité humaine. La plus belle tâche de la science serait de donner à tous l'irréfragable démonstration de l'existence de Dieu et de l'immortalité de l'âme, et de leur faire suivre la direction indiquée par la morale universelle, dont l'Evangile est la plus pure expression. » (Ferdinand Hoefer.) — «Nous tendons la main, dit M. Meunier, à l'auteur de ces lignes; » puis, continuant ses citations : « Dans la *Revue des Deux Mondes*, dit-il, M. Dupont-White prend à partie cette philosophie positive qui interdit à ses adeptes toute spéculation sur les causes, et dont presque tous les adeptes professent le matérialisme et l'athéisme. Après avoir montré que ni nos sens, ni nos appétits, ni notre conscience, ni notre sociabilité ne nous trompent, il ajoute : « A ces révélations j'assimile de tout point l'instinct reli-« gieux qui nous fait concevoir une autre vie, qui nous représente « le moi comme persistant après la mort pour être puni ou récom-« pensé. » La croyance de M. Dupont-White était celle de Gratiolet, qui l'a éloquemment exprimée dans une des conférences de la Sorbonne. Elle a toujours été la nôtre, et c'est à notre sens (réserve faite des ressources inconnues de l'avenir), c'est surtout par l'étude positive de ces instincts supérieurs, de ces révélations, comme dit fort bien l'écrivain de la *Revue*, que sera fournie cette démonstration dont M. Hoefer fait à bon droit le but suprême de la science. »

Si petit qu'on soit, on peut mêler sa voix à ce concert des grands penseurs : c'est même une démonstration de la thèse qu'il s'agit d'établir, puisque cela montre que ces sublimes instincts sont le fond même de l'âme humaine. Mais je ne veux pas m'aventurer plus loin dans cette voie; pour laisser le lecteur sous l'impression de ces nobles pensées, je ne ferai que recommander à leur atten-

tion le dernier des Annuaires qui figurent en tête de cet article ; les savants qui l'ont fondé, MM. O. Reveil et H. Pariset, disent assez ce qu'on y trouve : science et conscience.

Mais je ne veux pas finir sans recommander encore une fois aux auteurs qui ont inauguré ce genre de publication, comme à ceux qui pourront les suivre dans la même direction, d'apporter dans l'examen des travaux ou des discussions qu'ils jugent la plus grande sévérité, ce qui se concilie d'ailleurs parfaitement avec la justice bienveillante que mérite toujours l'effort. Rien ne décrédite la science et les savants comme la contradiction dans les jugements. Comme un auteur célèbre, qu'ils aient toujours présentes à la pensée ces paroles d'un avocat vénitien : *Illustri signori, l'anno passato avete giudicato cosi ; e questo anno nella medesima lite avete giudicato tutto il contrario ; è sempre ben !*

BULLETIN DES HOPITAUX.

Rupture complète du périnée. — Périnéoraphie. — Application du procédé de M. Demarquay. — Guérison [1]. — Une dame, âgée de vingt-deux ans, était atteinte d'une rupture du périnée, consécutive à un premier accouchement très-laborieux et qui avait nécessité l'emploi du forceps.

L'affection remontait à une année. Le périnée était déchiré dans toute son étendue. La solution de continuité s'étendait jusqu'à l'anus, dont la muqueuse était pourtant intacte. Le périnée ayant cessé de former un plancher résistant, les parties qu'il soutient avaient subi un prolapsus plus ou moins considérable, et il en était résulté divers troubles fonctionnels des organes déplacés. L'utérus abaissé formait dans le vagin une tumeur dont le poids gênait singulièrement la marche et causait des tiraillements douloureux. La vessie avait suivi l'utérus dans sa migration et ne conservait plus que fort imparfaitement les urines. Enfin le conduit vulvo-vaginal ulcéré livrait passage à un écoulement leucorrhéique abondant. L'état général avait éprouvé le contre-coup de tous ces désordres. La malade était amaigrie, elle avait perdu l'appétit, et elle était en proie à un découragement profond.

C'est dans ces conditions que M. Demarquay pratiqua la périnéoraphie avec un plein succès, le 20 mai 1866. Le moment de l'opération avait été choisi le plus près possible de la dernière époque menstruelle écoulée.

Le manuel opératoire que M. Demarquay emploie en pareille circonstance a déjà été exposé ailleurs par lui. Un de ses élèves, M. Launay, médecin à Ruel, l'a décrit avec une grande lucidité

[1] Observation recueillie par M. Bourdillat, interne des hôpitaux.

dans un mémoire fort bien fait qu'il a publié dans la *Gazette médicale* de 1864, et auquel nous renvoyons le lecteur.

Dans le cas actuel, voici le procédé qui fut mis en usage. La malade, préalablement endormie, fut placée comme dans l'opération de la taille, couchée sur le dos, les jambes fléchies et maintennes immobiles. Le chirurgien procéda aussitôt à l'avivement, qu'il exécuta en deux temps.

Dans le premier, il retrancha avec le bistouri l'extrémité libre de la solution de continuité, tapissée par un tissu cicatriciel dont la présence s'opposait à la réunion. Il eut soin de porter l'instrument jusque sur l'éperon, qui forme en arrière la limite extrême de la lésion. Le second temps eut essentiellement pour but de séparer la muqueuse vaginale des autres parties molles du périnée, afin d'en permettre plus tard la suture isolée. M. Demarquay remplit parfaitement cette condition, en disséquant avec soin cette muqueuse des parties sous-jacentes, dans toute l'étendue de la déchirure. Dédoublant ainsi la cloison en deux parties, l'une formée par les deux lambeaux de la muqueuse vaginale, l'autre par les parties molles du périnée, il constitua une large surface d'avivement, qui devait présenter d'autant plus de chances de réunion, que les parties en contact étaient plus étendues.

Cette partie de l'opération terminée, M. Demarquay pratiqua la suture, qui comprend elle-même trois temps : 1° suture de la muqueuse vaginale ; 2° suture des parties profondes du périnée ; 3° suture des parties superficielles.

On se servit, pour passer les fils, des petites aiguilles de Deschamps, d'un emploi plus commode que les aiguilles courbes ordinaires.

Pour le vagin, l'opérateur adossa les deux faces de la muqueuse à elles-mêmes, et fit six sutures simples, en commençant par la plus profonde. L'aiguille introduite à droite traversait successivement les deux lames antérieures de la cloison dédoublée, et venait apparaître à gauche, sur la surface libre de la muqueuse. On obtenait ainsi une anse de fil dans la plaie, et dans le vagin deux bouts, qu'il était ensuite facile de réunir par une ligature.

Le rapprochement des parties profondes fut fait à l'aide de trois fils de chanvre cirés, enfoncés profondément et réunis par des sutures empennées.

Pour compléter l'opération, on n'eut plus qu'à rapprocher les parties superficielles par quelques sutures entrecoupées à l'aide de fils métalliques.

Comme le périnée présentait une assez grande souplesse, on n'eut pas la peine de pratiquer les incisions de Dieffenbach, si souvent utiles en pareil cas. Seulement, pour épargner des tiraillements toujours funestes, on prescrivit le rapprochement rigoureux et permanent des membres inférieurs.

Selon les cas particuliers, M. Demarquay modifie un peu les divers temps de l'opération. Ainsi, dans les ruptures du périnée avec déchirure de la muqueuse rectale, il pratique en arrière une série de sutures en tous points analogues à celles que nous lui avons vu établir sur la muqueuse du vagin. Dans tous les cas, il

subordonne l'étendue de l'avivement à l'épaisseur du tissu cicatriciel et à l'irrégularité de la plaie.

L'opération terminée, M. Demarquay prescrivit l'application sur les parties de linges mouillés, des injections d'eau froide à l'intérieur, la position horizontale et une immobilité la plus parfaite possible.

Pour éviter le contact irritant de l'urine, on sonda la malade pendant dix jours, autant de fois que cela fut nécessaire.

La réaction inflammatoire fut très-légère et de courte durée.

Les fils furent enlevés successivement le troisième jour pour les parties profondes, le neuvième pour les ligatures superficielles. Ceux qui avaient servi au rapprochement de la muqueuse vaginale furent laissés en place, et finirent par s'éliminer eux-mêmes.

La malade put se lever vers le quinzième jour. La marche lui fut permise après trois semaines. A ce moment, les fonctions auparavant perverties s'exécutaient plus régulièrement ; l'état général était meilleur et les forces à peu près revenues.

Nous avons eu depuis l'occasion de revoir la malade, et la guérison ne s'était en rien démentie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'administration de l'huile de foie de morue et des moyens de la remplacer. Le docteur Ludovic Rouland a réussi à masquer le goût de l'huile de foie de morue et à en rendre l'administration possible chez plusieurs malades qui, auparavant, ne pouvaient la supporter. Pour arriver à ce but, il emploie la formule suivante :

Huile de foie de morue,	100 gramm.
Alcool à 40 degrés,	60 —
Essence de menthe,	5 —

On obtient par ce mélange une émulsion dont on fait prendre trois cuillerées par jour.

Cette formule a donné au docteur Rouland des résultats assez satisfaisants ; il a cependant rencontré un certain nombre de phthisiques chez lesquels l'estomac se refusait encore à garder l'huile ainsi divisée. Dans ces cas-là et dans ceux où l'usage de l'huile de foie de morue avait été trop longtemps prolongé, il a remplacé avec avantage ce médicament par une mixture oléophosphatique, dont il indique ainsi les proportions :

Huile d'amandes douces,	60 gr.
Beurre de cacao,	5 —
Alcool à 40 degrés,	30 —
Sirop de bourgeons de sapin,	40 —
Teinture d'écorce d'orange, } Phosphate de chaux, }	4 à 5 —

On peut, dans cette formule, remplacer le phosphate de chaux par l'hypophosphite de chaux. Cette émulsion répond, comme l'huile de foie de morue, à l'indication de fournir au phthisique des aliments hydrocarbonés pour l'empêcher de brûler ceux de ses propres tissus, pendant que d'un autre côté on essaye d'enrayer le processus inflammatoire qui accompagne presque toujours l'évolution tuberculeuse. (*Abeille médicale.*)

Du traitement de l'entorse par l'emploi local du laudanum à haute dose. Le docteur Lebert, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou, recommande le traitement suivant, qui est basé sur plusieurs observations : il consiste à tenir la jambe élevée et à faire jour et nuit, toutes les deux heures environ, sur la partie malade, des frictions légères, mais longtemps prolongées, avec du laudanum de Sydenham, de manière à consommer 50, 50 et même 60 grammes de cette liqueur dans l'espace d'un ou deux jours, au bout desquels la douleur et le gonflement de l'articulation ont disparu tout à fait. Il est très-rare qu'on soit obligé de continuer l'emploi de ces moyens au delà de quarante-huit heures. Après chaque friction, il faut avoir soin

d'envelopper l'articulation avec un large cataplasme émollient et froid.

Ce résultat une fois obtenu, on applique un bandage amidonné, qui, lorsqu'il est desséché, permet au patient de marcher. Il le conserve pendant une quinzaine de jours, temps nécessaire pour amener une guérison complète. (*Abeille médicale.*)

De l'emploi de la sauge contre les sueurs profuses. Van Swieten employait la sauge avec succès contre l'hypercrinie sudorale; se fondant sur ce puissant témoignage, M. Vignard, de Nantes, a employé ce médicament, et il s'en est bien trouvé, dans le cas suivant :

Un homme de vingt-cinq ans, d'une constitution robuste, était atteint depuis plusieurs années, à diverses reprises, de sueurs abondantes qui revenaient très-brusquement vers deux ou trois heures du matin, sans cause appréciable. Les deux draps, une couverture de laine et la partie supérieure du matelas étaient mouillés comme si on les avait trempés dans l'eau. Cette sueur se produisait également dans tous les points du corps, depuis la tête jusqu'aux pieds. En raison de la périodicité des accidents, le sulfate de quinine fut tout d'abord administré, mais sans aucun résultat, et les sueurs disparaissaient pour reparaître, sans qu'aucun état morbide pût les expliquer ; c'est alors que M. Vignard prescrivit la préparation suivante :

Feuilles de sauge incisées.......	une forte pincée
Eau	200 grammes

On fait bouillir pendant une ou deux minutes ; on laisse refroidir le tout ensemble, puis on filtre et on sucre à volonté. Dès le premier jour, les sueurs disparurent, de même les jours suivants; mais dès que le malade cessait de prendre sa décoction de sauge le soir, les sueurs nocturnes reparaissaient.

Le même médicament peut aussi, d'après le même auteur, être donné contre les sueurs nocturnes des phthisiques. Ce serait là une ressource précieuse, car jusqu'ici la thérapeutique est impuissante contre les sueurs de la fièvre hectique.

Le médecin qui usera de cette médication doit savoir que l'action de la sauge est toute momentanée. Le médicament cessé, les sueurs reparaissent. Il faudra donc tenir le malade sous l'influence du remède, tant qu'on voudra le soulager. (*Journal de médecine de Nantes.*)

Nouvelles recherches sur l'anesthésie locale. De nombreuses applications d'anesthésie locale viennent d'être faites dans le service de M. Demarquay. Avant de rien entreprendre, M. Demarquay a toujours eu soin de bander les yeux aux malades ; cette précaution permet de les opérer pour ainsi dire à leur insu, et de mieux faire la part de l'émotion et de la douleur ; elle permet aussi d'apprécier les sensations réelles des malades en leur enlevant jusqu'à la notion du moment même où on les opère.

Ces applications ont été faites dans trente-deux cas : c'est un chiffre assez important, et qui donne une grande valeur au résultat obtenu. Les observations ont été publiées dans un mémoire des deux internes de M. Demarquay, MM. Betbeze et Bourdillat; elles sont suivies de réflexions très-judicieuses, et l'on sent, en les lisant, que les deux jeunes auteurs du travail précité ont écrit sous l'inspiration du maître habile au service duquel ils sont attachés.

Par sa simplicité, par le peu d'apprêts qu'elle exige, l'anesthésie locale devient la seule méthode applicable dans les opérations de petite chirurgie (abcès, anthrax, phlegmon, panaris, etc.) ; l'anesthésie locale constitue la seule ressource dans les cas où les anesthésiques généraux sont contre-indiqués, dans les lésions viscérales parvenues à un certain degré de cachexie, dans les opérations qui se pratiquent à la bouche, aux fosses nasales, etc.

Elle ne doit jamais être employée dans les opérations autoplastiques ; la réaction qui survient pourrait en effet porter une profonde atteinte à la vitalité des lambeaux, et déterminer leur mortification.

Un inconvénient de l'éther, contre lequel il est bon de se mettre en garde, est son inflammabilité, et les accidents qui peuvent en être la conséquence, soit pour les personnes qui avoisinent le malade et tiennent un flambeau allumé, soit pour le malade lui-même, si on lui faisait, avant une cautérisation au fer rouge, l'application de l'éther. Un accident de ce genre, heureu-

sement sans gravité, est arrivé au docteur Monod.

Tous les points de l'organisme ne sont pas également impressionnés par l'éther; ce fait physiologique n'avait pas échappé à l'attention d'Aran, lequel avait remarqué que la sensibilité était en raison directe de la finesse de l'épiderme : c'est ainsi que la peau du scrotum présente à un haut degré cette sensibilité; le contact de l'éther y détermine une assez vive douleur. Il en est de même des muqueuses, sur lesquelles l'application de l'éther détermine une douleur cuisante, ce qui n'est pas cependant une contre-indication absolue à leur anesthésie. (*Union méd.*, juin 1866.)

Traitement de l'anémie. Nous empruntons à un excellent article du docteur Potain (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. IV, 2e partie) quelques considérations pratiques relatives au traitement de l'anémie. Nous ne rappellerons point les divers agents thérapeutiques proposés contre l'anémie, nous voulons seulement dire ici comment le docteur Potain croit devoir déterminer les indications et contre-indications de ces divers modes de traitement.

On doit être guidé par les considérations suivantes :

1° La *forme de l'anémie*; à l'hydrémie convient la médication ferrugineuse, à l'anémie vraie les toniques reconstituants;

2° L'*état des voies digestives*, les *aptitudes individuelles* à supporter tel ou tel médicament;

3° L'*état du système nerveux*, dont l'excitabilité très-grande contre-indique certains moyens, tels que les bains de mer, et dont l'énergie insuffisante oblige, d'autre part, à des ménagements extrêmes dans l'emploi des forces;

4° La *prédominance de certains symptômes* (palpitations, syncopes, dyspepsies, névralgies, etc.) qui exigent parfois une médication spéciale ;

5° Les *maladies concomitantes*; elles peuvent, suivant les cas, appeler sur elles les principaux efforts du traitement (*hémorrhagies*, etc.), exclure certains agents thérapeutiques, tels que le fer (*anémie des tuberculeux*), les bains de mer, la gymnastique (*affections cardiaques*), les toniques (*affections gastro-intestinales*).

Les hémorrhagies donnent lieu à quelques indications spéciales; il est toujours utile de les modérer, mais il peut être dangereux de les supprimer. Celles que l'anémie semble favoriser (métrorrhagies des chlorotiques) se trouvent toujours bien de la médication ferrugineuse; par contre, chez quelques sujets, chez certains hémophiles en particulier, l'excitation produite par le fer exagère les pertes de sang, de telle sorte que le médicament augmente l'anémie qu'il était appelé à combattre. (*Gazette médicale.*)

Modification au procédé de Foltz pour le traitement de la fistule lacrymale. Ce procédé a le désavantage, que M. Giraud-Teulon n'entend pas d'ailleurs exagérer, de nécessiter une ouverture, une plaie extérieure. Quoique la cicatrisation de cette plaie, quand elle est faite suivant toutes les règles, ne laisse pour ainsi dire point de traces, il est cependant des exceptions à cette circonstance heureuse. Ces exceptions ne sont même point rares dans la cautérisation. D'ailleurs, si l'on peut pénétrer dans le sac et dans le méat moyen, sans intéresser la peau, par une voie déjà ouverte en partie, et parfaitement dissimulée aux regards, il est évident que chacun y trouvera avantage, les femmes surtout, qui payent à la fistule lacrymale une contribution si élevée.

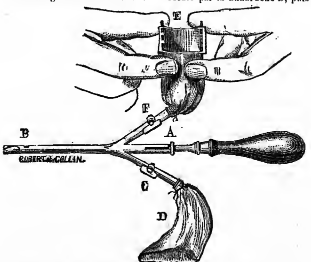
Tel est l'objet que M. Giraud-Teulon s'est proposé dans un cas de fistule qu'il a traité avec succès, et dans lequel il a pratiqué, sans difficulté, la perforation de l'unguis, au moyen de l'emporte-pièce de M. Foltz, en pénétrant dans le sac lacrymal par sa face conjonctivale, entre la caroncule en arrière et le tendon de l'orbiculaire en avant, après avoir simplement réuni dans une même incision commune les mêmes conduits lacrymaux et leur sphincter commun. (*Société de médecine de Paris.*)

Nouveau trocart pour la thoracentèse. MM. Robert et Collin ont construit, sur les indications de M. Barth, un trocart à double courant, destiné à opérer simultanément l'injection d'un liquide détersif et l'évacuation de l'épanchement de la plèvre. Ce trocart a deux baudruches.

« L'opérateur, après avoir fait sa ponction, attire le manche et la tige du trocart jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le clou A, formant point d'arrêt à l'extrémité de la rainure dite à baïonnette; arrivé à ce point, deux yeux, B, pratiqués sur la canule, se trouvent

en rapport avec deux yeux semblables existant sur la tige creuse du trocart.

« En ouvrant le robinet C, le pus s'écoule par la baudruche D, puis on



ferme le robinet, on verse alors le liquide à injecter dans la baudruche E. Les moindres bulles d'air remontent nécessairement à la surface du liquide; et lorsque la baudruche est pleine, on ouvre le robinet F, par lequel passe l'injection qui va laver la plèvre, en ayant soin, pour empêcher l'introduction de l'air, de refermer le robinet avant que le liquide ait entièrement disparu.

« Pour la sortie du liquide, il suffit de laisser le clou B au même point et d'ouvrir l'autre robinet; les ouvertures restant réunies, le liquide sort naturellement par la baudruche D, qui fait soupape comme avec le trocart de Reybard. »

VARIÉTÉS.

Nouvelles du choléra. — L'épidémie est en voie de décroissance à Paris ; sans donner les chiffres officiels, nous croyons pouvoir affirmer que la mortalité a diminué de moitié. Certains hôpitaux, tels que la Charité, Necker, ne contiennent plus que cinq ou six cholériques, pris la plupart dans la salle.

Cependant il y a encore des cas rapidement mortels, et c'est ainsi que vient de succomber récemment un jeune médecin du plus brillant avenir, Fritz, médaille d'or de la Faculté et des hôpitaux, collaborateur de la *Gazette hebdomadaire* et des *Archives de médecine*. Ses obsèques ont réuni une nombreuse assistance et deux discours ont été prononcés sur sa tombe, l'un par M. Brichetcau, au nom de la Société anatomique, l'autre par M. Rapinard, au nom de la Société médicale d'observation.

A Amiens, le choléra a complétement disparu, aussi les internes envoyés en mission sont-ils tous de retour.

On nous annonce la mort de M. Letenneur, de Nantes.

Par décret en date du 11 août 1866, rendu sur la propositioo du garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, a été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : M. Dezauche, médecin du ministère de la justice depuis 1841.

Par décrets du 11 août, rendus sur la proposition du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier : MM. Boutron, membre du Conseil de salubrité de la Seine : chevalier du 28 avril 1841 ; — baron Subervie, médecin inspecteur des eaux thermales de Bagnères-de-Bigorre ; chevalier du 29 mars 1846 ; — Delpech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chargé d'une mission en Allemagne pour l'étude de la trichinose ; chevalier du 26 décembre 1849.

Au grade de chevalier : MM. Goubeaux, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort : 24 ans de services ; — Baudry, médecin vaccinateur à Evreux ; — Bourguet, médecin vaccinateur à Rodez ; — Chambay, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Alençon ; — Crouzet, médecin inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault) ; — Debrou, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Orléans ; — Dubourg, médecin des épidémies de l'arrondissement de Marmande ; — Génieys, médecin inspecteur de l'établissement thermal d'Amélie (Pyrénées-Orientales) ; — De Montozon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Gontier.

Par décrets en date du 12 août 1866, sur la proposition du grand chancelier, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Fleury (Joseph), chirurgien principal de la marine en retraite : 37 ans de services, 15 campagnes, 3 propositions. Chevalier de l'ordre le 25 avril 1844.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Berdot (Georges-Louis), ancien chirurgien militaire, ancien officier de la garde nationale, ancien adjoint au maire de Colmar (Haut-Rhin) : 42 ans de services militaires et civils ; — Broca (P.-J.-B.), ancien chirurgien militaire, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Sainte-Foix (Gironde) : 7 ans de services militaires (1808-1815) ; 35 ans de services civils, 7 campagnes, 1 proposition ; — Hallemes (Hippolyte), pharmacien-major de 1re classe en retraite : 32 ans de services (1831-1864), 9 campagnes, 6 propositions ; — Le docteur Duprè (François-Joseph), ancien chirurgien aide-major, médecin à Fontainebleau : 20 ans de services militaires (1814 1834), 32 ans de services civils, 10 campagnes ; — Guérin du Grand-Launay, directeur-médecin honoraire de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne) : 44 ans de services, 1 proposition.

Par décrets rendus en date du 12 août, sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Roger (Henri), médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris, membre de l'Académie impériale de médecine : 26 ans de services. Chevalier depuis 1845.

Au grade de chevalier : MM. Hillairet, pharmacien de l'hospice d'Angoulême (Charente), membre du Conseil municipal : s'est distingué par son dévouement lors du typhus de 1815 et dans les épidémies cholériques ; 53 ans de services ; — Cathala, médecin en chef de l'hôpital de Cette (Hérault) : 20 ans de services ; — Poliet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Tourcoing (Nord), médecin du bureau de bienfaisance depuis 46 ans ; a obtenu une médaille pour son dévouement lors de l'épidémie cholérique de 1849 ; — Leroy, chirurgien de la garde nationale de Beauvais (Oise) : plus de 30 ans de services ; a obtenu deux médailles pour son dévouement lors des épidémies cholériques de 1832 et de 1849 ; — Passama, maire de Perpignan (Pyrénées-Orientales), membre du Conseil municipal et médecin de l'hospice : 35 ans de services ; — Besson, chirurgien des hospices de Chambéry (Savoie) : 30 ans de services ; — Le docteur Lunier, inspecteur général des asiles d'aliénés : 18 ans de services ; — Cazalis, médecin de la Maison municipale de santé, à Paris : 25 ans de services dans les hôpitaux ; — Bouley, médecin de l'hôpital Necker : 21 ans de services ; s'est distingué par son dévouement dans la dernière épidémie cholérique ; — Le docteur Clerc, médecin de l'infirmerie de Saint-Lazare : services distingués ; — Pichorel, chirurgien en chef de l'hospice du Havre (Seine-Inférieure) : 42 ans de services, dont 11 comme chirurgien de marine ; — Le docteur Dumesnil, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares-Saint-Yon (Seine-Inférieure) : 21 ans de services ; — Gent, médecin en chef de l'hospice de Meulan (Seine et-Oise) ; s'est distingué par son dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1849 : 20 ans de services.

Par décret en date du 12 août 1866, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a nommé au grade de chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

MM. Colin (Léon-Jean), médecin-major de 1re classe : 17 ans de services, 4 campagnes; — Gaudaire (Henri-Yves-Marie-Pierre), médecin-major de 2e classe : 24 ans de services, 6 campagnes; — Bercejol (Antoine-Edmond-Félicité-Louis de Gonzague), médecin de 2e classe : 20 ans de services, 3 campagnes; — Magnier (Jules-Emile), médecin-major de 2e classe : 24 ans de services, 5 campagnes; — Dufay, dit Sanial (Louis-Marie-Gustave), médecin de 2e classe : 24 ans de services, 11 campagnes; — Viennet (Charles-Denys-Hippolyte), médecin de 2e classe : 22 ans de services, 8 campagnes; — Parent (Louis-Philibert-Ernest), médecin-major de 2e classe : 22 ans de services, 6 campagnes; — Dauyaud (Jean-Jude), pharmacien-major de 2e classe : 24 ans de services, 22 campagnes.

Par décret en date du 13 août 1866, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, S. M. l'Empereur a nommé :

Au grade d'officier : M. le docteur Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine : services exceptionnels à la Bibliothèque impériale.

Au grade de chevalier : MM. Orillard, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers : 30 ans de services; — Coste, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux : 29 ans de services; — Estévenet, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse : 17 ans de services; — Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie de Montpellier : 15 ans de services; savants mémoires; — Buignet, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris : 15 ans de services; savants mémoires; — Riche, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris et répétiteur à l'Ecole polytechnique : 22 ans de services; savants travaux; — Aug. Mercier : savants travaux, lauréat de l'Académie des sciences; — Kœberlé, agrégé de médecine à la Faculté de Strasbourg : travaux remarquables; — Parise, professeur à l'Ecole de médecine de Lille : travaux remarquables de médecine : 26 ans de services; — Jaccoud, agrégé de la Faculté de médecine de Paris : missions scientifiques; — Mayet, membre de la Société de pharmacie de Paris : services exceptionnels pour la rédaction du *Codex*.

Par décret en date du 14 août, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Proust (Jean-François-Armand), médecin principal, chef du service de santé à la Nouvelle-Calédonie; chevalier du 31 décembre 1852 : 27 ans de services, dont 10 à la mer et 12 aux colonies; — Margain (Jules-Prosper), médecin principal; chevalier du 11 août 1855 : 29 ans de services, dont 11 à la mer.

Au grade de chevalier : MM. Clouet (Alfred-Charles-Auguste), médecin de 1re classe de la marine : 33 ans de services effectifs, dont 13 à la mer; — Raynaud (Joseph-Marcellin), médecin de 1re classe de la marine : 29 ans de services effectifs, dont 11 à la mer; — Bourel-Roncière (Paul-Marie-Victor), médecin de 1re classe de la marine : 26 ans de services effectifs, dont 12 à la mer et aux colonies; — Hernault (Auguste-Bertrand-Pierre), médecin de 1re classe de la marine : 26 ans de services effectifs, dont 5 à la mer; — Brion (Jean-Baptiste-Marie-Toussaint), médecin de 1re classe de la marine : 22 ans de services effectifs, dont 8 à la mer; — Mahé (Jean-Baptiste), médecin de 1re classe de la marine : 17 ans de services effectifs, dont 4 à la mer; épidémie du choléra à Brest; — Delmas (Elysée-Alexandre), médecin de 1re classe de la marine : 26 ans de services effectifs, dont 12 à la mer; — Amouretti (Jean-Ernest), médecin de 1re classe de la marine : 23 ans de services effectifs, dont 13 à la mer; — Autret (Ch.), pharmacien de 1re classe de la marine : 23 ans de services effectifs, dont 3 à la mer; — Princeau (J.T.), médecin de 2e classe de la marine : 27 ans de services effectifs, dont 10 à la mer; — Bassignot (François-Louis-Théodore), médecin de 2e classe, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine : 22 ans de services effectifs, dont 10 à la mer; — Cauvin (Auguste-Justinien-Louis), chirurgien de 1re classe de la marine au Sénégal : 15 ans de services, dont 8 la mer et 4 aux colonies; — Villers (François-Eugène-Marius-Gustave), pharmacien de 1re classe de la marine, chef du service à la Guyane : 21 ans de services, dont 12 aux colonies; — Leseigneur (Pierre-Jean-Baptiste-Alexandre), médecin, membre de la commission médicale : nombreux actes de dévouement, soins gratuits donnés aux marins du quartier de Honfleur.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des péritonites puerpérales aiguës partielles et de leur traitement,

Par le docteur E. Hervieux, médecin de la Maternité.

Les péritonites partielles ou régionales jouent un rôle considérable dans la pathologie de la femme en couches, et on ne peut les méconnaître sans s'exposer à tomber journellement dans les erreurs pratiques les plus grossières. Déjà MM. Bernutz et Goupil ont marqué à la péritonite pelvienne sa place dans le cadre nosologique. Mais longtemps avant ces auteurs distingués, M. Andral avait décrit diverses espèces de péritonite aiguë partielle : une péritonite sus-hépatique, une péritonite épiploïque, etc. D'une autre part, je trouve, dans un article de Tonnelé sur les fièvres puerpérales observées à la Maternité en 1829, la mention suivante : « L'inflammation du péritoine est le plus souvent bornée *à la région hypogastrique* et se concentre en quelque sorte aux environs de l'utérus; et, alors même qu'elle est générale, c'est surtout dans ces parties qu'elle sévit avec le plus de violence. Quelquefois cependant, et par exception, elle affecte particulièrement certains autres points : *la surface du foie*, *le mésentère*, *l'épiploon.* » (*Arch. de méd.*, 1830, t. XXII, p. 351.) Nous ne ferons donc, en décrivant les différentes variétés de péritonites partielles qu'on peut rencontrer chez les femmes en couches, que pénétrer plus avant dans une voie déjà parcourue par les observateurs les plus éminents.

I. — Péritonite diaphragmatique ou des hypochondres.

En 1863, chez une femme de la Maternité, qui avait succombé avec tous les symptômes de la phlébite utérine, et chez laquelle il n'avait point existé de ballonnement du ventre, de vomissements, de diarrhée, les parois abdominales restant d'ailleurs souples et indolentes, je trouvai à l'autopsie les lésions suivantes :

Pus et fausses membranes recouvrant, d'une part, toute la périphérie du foie et de la rate, et, d'une autre part, la face inférieure du diaphragme. Une certaine quantité de liquide purulent était accumulée dans le petit bassin; mais en abstergeant avec soin à l'aide d'une éponge toute cette cavité, nous pûmes nous assurer que les parois pelviennes étaient saines, qu'elles ne présentaient aucune trace de phlogose, ni rougeur, ni épaississement, ni exsudat pseudo-membraneux, et qu'il en était de même des deux flancs, où nous

constatâmes l'existence d'une traînée purulente, mais qui évidemment n'avait été fournie ni par le péritoine intestinal, ni par le péritoine pariétal, la séreuse de ces régions offrant, comme dans le petit bassin, une intégrité parfaite.

L'utérus et ses annexes paraissaient sains. Cependant les cotylédons utérins, noirâtres avant le lavage, d'un gris jaunâtre après le lavage, laissaient suinter quelques gouttelettes de pus à la pression. De plus, une section pratiquée sur les cotylédons faisait reconnaître que la plupart des sinus utérins aboutissant à ces cotylédons étaient remplis de pus ; le reste du tissu de la matrice était ferme, d'un blanc nacré, et semblait normal.

Ce fait me frappa beaucoup, et depuis cette époque, en interrogeant avec soin les lésions cadavériques, je pus m'assurer, d'une part, qu'il se rencontrait, dans quelques cas, des péritonites limitées aux hypochondres ou à l'un d'eux seulement ; d'autre part, des péritonites en apparence généralisées et qui, cependant, n'intéressaient nullement la portion de péritoine qui tapisse le diaphragme et les organes y contenus.

Je n'ai trouvé dans les auteurs qui ont étudié les maladies puerpérales aucun document susceptible d'éclairer l'histoire de cette variété de péritonite partielle. Cependant je rappellerai le passage cité plus haut de Tonnelé. En outre, je mentionne ici les lignes suivantes empruntées à la *Clinique médicale* de M. Béhier (Paris, 1864, p. 503) : « J'ai rencontré un certain nombre de fois des altérations du péritoine occupant tout le petit bassin, et en même temps des lésions analogues, mais de formation plus récente, *dans toute la partie supérieure de l'abdomen, à la face convexe du foie, tandis que la masse intestinale était libre de tout dépôt phlegmasique.* »

En cherchant parmi les observations de l'auteur quelles étaient celles qui avaient pu motiver son dire, j'ai trouvé l'observation d'une femme de vingt-trois ans, chez laquelle l'autopsie révéla, indépendamment d'une péritonite iliaque, l'existence d'une péritonite diaphragmatique. La face supérieure du foie et la face inférieure du diaphragme étaient recouvertes de parcelles pseudo-membraneuses et puriformes. Cette apparence était plus marquée à droite. Aucune fausse membrane ne réunissait les intestins grêles, dont la surface péritonéale était saine (*Clin. méd.*, obs. XXIV, p. 652 et 653).

La péritonite diaphragmatique n'est pas forcément, comme on serait peut-être porté à le croire d'après ce fait, la conséquence de la généralisation ou de la propagation d'une péritonite pelvienne.

Elle peut se produire isolément et même d'emblée, en vertu de la même loi qui veut que, dans l'empoisonnement puerpéral, la plèvre, tout aussi bien que le péritoine, devienne le siége de la poussée inflammatoire et des exsudats qui en sont le résultat.

Les observations suivantes, recueillies dans notre service à la Maternité, témoignent de cette vérité.

Obs. I. *Péritonite diaphragmatique avec ictère. — Phlébite utérine. — Mort. — Autopsie.* — Bruotte (Adèle), fille, primipare, trente-quatre ans, originaire du département de la Meurthe ; à Paris depuis dix-huit mois. Pas de maladies graves antérieures. Grossesse bonne. Accouchée naturellement, le 17 février 1863, d'un garçon, au terme de huit mois et demi, pesant 2,500 grammes.

Le lendemain 18, pouls à 128, peau chaude, langue blanche, anorexie, frissons répétés, eschares à l'angle inférieur de la vulve. Rien du côté du ventre.

Le 19. La malade accuse un point de côté très-douloureux à droite, qui s'exaspère par la pression, les mouvements respiratoires, les secousses de la toux, la moindre tentative pour changer de position. L'exploration de la poitrine ne révèle aucune obscurité du son, aucun râle dans le côté malade ; chaleur de la peau très-intense, pouls à 132 ; langue très-blanche ; ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée ; lochies roussâtres ; eschares vulvaires larges et profondes, noirâtres dans presque toute leur étendue et exhalant une odeur infecte. Pas de développement anormal du ventre ; un peu de sensibilité dans la région utérine. Ipéca, 1gr,50 ; 8 ventouses scarifiées sur le côté douloureux, cataplasmes ; tilleul, 2 pots ; injections vaginales plusieurs fois par jour avec une infusion de camomille chlorurée ; pansement des eschares avec une éponge imbibée de ce liquide et laissée à demeure entre les grandes lèvres. Bouillons et potages.

Le 20. Altération des traits ; teinte ictérique de la face, des conjonctives et de toute la muqueuse buccale. La coloration jaune est beaucoup moins sensible sur le tronc et les membres qu'à la face et au cou. Le point de côté, qui s'était tout d'abord amendé sous l'influence de l'application des ventouses et des vomissements produits par l'ipéca, a repris une nouvelle intensité et a même envahi le côté gauche. Il existe comme une ceinture douloureuse à la base de la poitrine ; anhélation ; respiration à 42. En explorant avec le plus grand soin la poitrine, nous ne découvrons aucune altération de la sonorité et du murmure vésiculaire. Légère tension de la région

épigastrique. Toute la zone hypogastrique est souple et indolente; l'utérus est en voie de rétraction ; les eschares vulvaires, très-étendues et très-profondes, ont cependant meilleur aspect ; lochies roussâtres et d'une horrible fétidité. Chaleur vive à la peau ; pouls à 124. Nouvelle application de huit ventouses scarifiées, que l'on distribue sur les points douloureux ; cataplasmes, injections chlorurées; pansement avec l'éponge. Limonade, bouillons, bordeaux, 150 grammes.

Le 21. La malade ne se plaint plus, mais son état s'est considérablement aggravé; traits de plus en plus altérés, excavation des yeux, nez pincé ; ictère très-intense répandu sur toute la surface du corps; refroidissement des extrémités, vomissements noirâtres, évacuations involontaires de même nature; langue encore humide, mais froide; pas de sensibilité ni de développement du ventre; les eschares vulvaires ont repris un très-mauvais aspect. Respiration nasale, haute, difficile, à 48; pouls filiforme, à 156. La mort, imminente au moment de la visite, a lieu à onze heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on ne constate aucune apparence de péritonite. Les intestins sont lisses, brillants, exempts de phlogose; au premier abord, on n'aperçoit aucune trace d'épanchement. Cependant, en écartant le paquet intestinal, on reconnaît qu'il existe dans le petit bassin une certaine quantité de liquide louche, séro-purulent, et mélangé de quelques flocons pseudo-membraneux. En abstergeant avec soin, à l'aide d'une éponge, la cavité intra-pelvienne, on constate que ses parois sont saines et trop indemnes de tout processus inflammatoire pour qu'on puisse leur attribuer les produits de sécrétion qui existent dans les parties déclives du petit bassin. Ces produits ont été évidemment fournis par la portion de séreuse péritonéale qui, d'une part, tapisse la face inférieure du diaphragme et, d'autre part, sert d'enveloppe au foie et à la rate. Dans cette région, en effet, nous trouvons le péritoine tapissé de fausses membranes épaisses, molles, jaunâtres, et en quelques points recouvert de pus, mais surtout à droite et sur la convexité du foie. En soulevant de ce même côté la masse intestinale, on découvre dans le flanc droit une traînée purulente, trace manifeste du trajet qu'a suivi le liquide purulent ou séro-purulent pour se rendre dans le bassin.

L'utérus est volumineux, ses parois en apparence saines ; mais à la coupe, elles laissent suinter en quelques points par les sinus un peu de pus, principalement au niveau de l'union du corps avec le col. Les ligaments larges sont injectés, mais non épaissis.

L'ovaire du côté droit est recouvert de fausses membranes; mais il n'est ni tuméfié ni suppuré. Rien dans l'ovaire gauche. Les veines du bassin sont à l'état normal. Le foie et la rate sont ramollis. La vésicule biliaire est pleine d'une bile vert-noirâtre, en consistance très-épaisse. Reins très-mous. Congestion œdémateuse à la partie inférieure des deux poumons. Le cerveau ne présentait aucune lésion appréciable. Sinus cérébraux gorgés de sang noir et fluide.

Bien que la preuve cadavérique ait manqué chez la malade qui fait le sujet de l'observation suivante, il ne nous paraît pas possible de rapporter les accidents observés pendant la vie à autre chose qu'à une péritonite diaphragmatique.

Obs. II. Fradoal, primipare, dix-huit ans, domestique, née à Paris. Pas de maladies graves antérieures; bonne santé pendant la grossesse; accouche à la Maternité le 20 mars 1864, naturellement et à terme.

Le surlendemain 22, pouls fréquent à 108; frisson d'un quart d'heure avec tremblement des membres et claquement de dents. Langue sèche, soif intense, constipation. Douleur aiguë dans la région de l'hypochondre droit, avec retentissement jusque dans l'épaule du même côté. Six ventouses scarifiées sur le côté douloureux, cataplasmes; julep morphiné, tilleul, bouillon et potages.

23. Nouveau frisson; abattement, céphalalgie; décoloration de la face; perte de l'appétit, pas de garde-robes; enduit blanchâtre à la surface de la langue; le point de côté, qui s'était apaisé hier, s'est réveillé cette nuit, et s'étend en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, en avant jusqu'à l'épigastre, qui est toujours sensible à la pression. Nouvelle application de ventouses. Même traitement.

24. Les deux hypochondres sont envahis par la douleur. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien du côté de la poitrine. Ventre un peu tendu, légèrement météorisé. Hypogastre souple et indolent. Trois garde-robes en diarrhée; vomissements verts. Un peu de toux, très-pénible en raison des douleurs en ceinture; expectoration muqueuse. Céphalalgie; congestion de la face; langue sèche, rouge à sa pointe et sur ses bords. Soif intense. Peau chaude, pouls à 116. Lochies fétides. Cataplasmes fortement laudanisés sur l'épigastre et les deux hypochondres. Julep morphiné. Eau de Seltz et sirop de groseille. Glace. Bouillons froids.

25. Pouls à 112, peau moins brûlante; douleurs moins aiguës à l'épigastre et dans les hypochondres. Encore de la diarrhée et des vomissements bilieux; langue blanche sur la ligne médiane,

rouge à la pointe et sur les bords. Moins de sécheresse dans la bouche ; agitation ; insomnie ; la malade est dans un grand état de surexcitation par suite de l'impossibilité où elle se trouve, faute de lait, de continuer à allaiter son enfant. Même traitement.

2 avril. Aggravation des accidents locaux et généraux. La douleur en forme de barre transversale ressentie au niveau de la ceinture s'est encore exaspérée ; elle est parfois d'une acuité extrême, comme lancinante, et retentit non-seulement dans les épaules, mais jusque dans les flancs. Le ventre est plus tendu et plus météorisé. La diarrhée et les vomissements verdâtres persistent ; langue rouge et sèche ; chaleur intense à la peau ; pouls à 132 ; légère altération des traits, excavation des yeux, teinte jaunâtre de la face ; insomnie ; agitation ; rêvasseries ; subdelirium ; sécrétion lactée complétement tarie ; lochies purulentes et fétides. Application de deux vessies remplies de glace sur les régions épigastrique et hypochondriaques. Julep laudanisé ; glace à l'intérieur ; eau de Seltz ; vin de Bordeaux et bouillons froids.

Sous l'influence de ce traitement, les vomissements et la diarrhée ont cessé, la langue est devenue moins rouge et plus humide, les douleurs en ceinture se sont apaisées, le ballonnement et la tension du ventre ont notablement diminué, l'expression faciale s'est rétablie, et la malade a pu prendre quelque repos.

5 avril. Continuation du mieux ; langue blanche, appétit, encore un peu de diarrhée ; mais ni vomissements, ni douleurs abdominales. Il ne reste qu'un peu de tension à la région épigastrique. Le reste du ventre est souple et indolent. Pas de céphalalgie ; sommeil bon ; lochies moins fétides. Chaleur modérée à la peau. Pouls à 86.

7 avril. Cessation des douleurs et de la diarrhée. Ventre en bon état. Une garde-robe naturelle. Faeics excellent. — 8 avril. La malade mange, se lève et se trouve bien. — 9 avril. Part en très-bon état.

Parmi les péritonites partielles, la péritonite diaphragmatique n'est pas la variété la plus commune ; mais c'est une des plus intéressantes, 1° par ses caractères anatomiques ; 2° par les symptômes qui la révèlent pendant la vie ; 3° par les erreurs diagnostiques auxquelles elle peut donner lieu.

A l'autopsie des femmes qui succombent par l'effet de la péritonite diaphragmatique, on est frappé d'une chose, c'est de la parfaite intégrité de la portion de péritoine qui recouvre toutes les anses intestinales. Ces dernières, au lieu d'être enflammées, épaissies, agglutinées, recouvertes de pus ou de néo-membranes, comme

dans la péritonite généralisée, sont lisses, brillantes, transparentes, indemnes de toute altération. L'épiploon présente sa finesse et sa translucidité ordinaires, et si l'on ne poursuivait pas l'examen des viscères, on pourrait dire, comme cela m'est arrivé plusieurs fois avant d'avoir appris à connaître l'espèce pathologique que nous étudions ici : *Il n'y a pas de péritonite.*

Il n'y a pas, en effet, de péritonite intestinale, pas de péritonite épiploïque, pas de péritonique iliaque, pas même de péritonite pelvienne, et cependant, lorsqu'on écarte le paquet intestinal pour s'assurer de l'état des organes contenus dans le petit bassin, on voit que ce dernier est en partie rempli par un liquide louche ou purulent.

D'où provient donc ce liquide? Qu'est-ce qui a fourni la matière de cet épanchement? Ce ne sont ni les parois du bassin, qu'un coup d'éponge fait apparaître lisses et indemnes de toute trace d'inflammation, ni les organes contenus dans l'enceinte pelvienne, organes qu'on trouve partout souples, libres d'adhérences et exempts de tout travail phlegmasique; c'est le péritoine diaphragmatique, le péritoine périhépatique et le péritoine périsplénique. En séparant, en effet, du diaphragme le foie et la rate, on trouve interposés à ces organes, dans les deux hypochondres, les divers produits de l'inflammation péritonéale, sérosité louche, pus ou fausses membranes plus ou moins organisées suivant le degré d'intensité ou d'ancienneté de cette inflammation. Telle est la source qui a fourni les matières accumulées dans le petit bassin. Ces matières ont fusé le long des parties latérales de l'abdomen pour gagner les plus déclives; et ce qui le prouve, c'est qu'en soulevant le paquet intestinal de chaque côté, on surprend en quelque sorte le liquide anormal dans les flancs, c'est-à-dire dans le chemin qu'il suivait pour se rendre au petit bassin.

Les phénomènes qui révèlent l'existence de la péritonite diaphragmatique pendant la vie ne sont pas moins caractéristiques. C'est d'abord un point de côté, tantôt unique, lorsqu'un seul hypochondre est atteint; tantôt double, quand les deux hypochondres sont envahis à la fois; point de côté remarquable par son acuité, sa forme térébrante, par l'anxiété et la gêne respiratoire qui l'accompagnent, par les plaintes ou les cris qu'il arrache aux malades, pour peu qu'on les dérange de l'attitude qu'ils affectent ou qu'on explore par la percussion ou la palpation les régions affectées. Au lieu d'un simple point de côté, c'est quelquefois une douleur en ceinture, mais qui, pour offrir plus de surface, n'en est pas moins cruelle et intolérable.

Au point de côté ou à la douleur en ceinture s'adjoignent bientôt des troubles fonctionnels remarquables. Sans parler de la fièvre, de l'altération du facies, des vomissements, etc., qui peuvent se rencontrer dans toutes les formes possibles de la péritonite puerpérale, nous signalerons l'ictère qui s'observe spécialement dans la péritonite de l'hypochondre droit, et dans quelques cas des vomissements bilieux ou une diarrhée de même nature, si les vomissements viennent à se supprimer. Toutefois, nous devons reconnaître que ces symptômes relatifs à la perturbation des fonctions hépatiques ne sont pas constants.

Il n'en est pas de même du point de côté, qui ne manque jamais, il est vrai, mais qui peut donner lieu à des méprises diagnostiques sur lesquelles il nous faut insister.

Les péritonites puerpérales partielles en général et la péritonite diaphragmatique en particulier sont des affections si peu connues que, lorsque nous sommes en présence d'un de ces cas même les plus tranchés, nous le rattachons presque toujours à quelque autre maladie mieux étudiée du cadre nosologique. Or, tout semble ici conspirer pour nous éloigner de la vérité. Il est rare que la première hypothèse qui se présente alors à l'esprit ne soit pas celle d'une affection thoracique. La forme de la douleur, son acuité, son siége, la dyspnée concomitante, le frisson qui précède l'apparition du point de côté et la fièvre qui le suit, tout cela n'indique-t-il pas au premier abord une lésion des organes respiratoires ? Cependant, si l'on considère que ce point de côté ne s'accompagne habituellement ni de toux, ni d'expectoration, que la sonorité du thorax n'est modifiée sur aucun point, que l'auscultation ne révèle aucune altération grave de l'expansion vésiculaire ; si, d'une autre part, on tient compte de l'élément puerpéral qui exerce plus volontiers et plus spécialement son action sur le péritoine, on écartera l'idée d'une phlegmasie pulmonaire ou pleurale pour admettre une péritonite diaphragmatique, soit périhépatique, soit périsplénique, suivant la nature des symptômes concomitants.

Cette variété de péronite partielle est grave : 1° en raison de son siége au voisinage d'organes essentiels à la vie et du trouble nécessaire qu'elle apporte dans leurs fonctions ; 2° en raison de sa grande tendance à se généraliser.

En temps d'épidémie, elle est constamment mortelle. Hors le temps d'épidémie, je l'ai vue guérir sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique. Les ventouses scarifiées, distribuées *larga manu* sur la région douloureuse, constituent le meil-

leur agent de déplétion et de révulsion tout à la fois. Quand elles ne jugulent pas la maladie, elles déterminent un apaisement de la douleur et des phénomènes inflammatoires qui peut conduire à la guérison. Les cataplasmes émollients, simples ou arrosés de laudanum, sont un auxiliaire très-utile de cette médication. Il est quelquefois nécessaire de procéder les jours suivants à une seconde application de ventouses scarifiées.

L'une des observations que nous avons rapportées prouve tout le parti qu'on peut tirer des applications réfrigérantes et de la glace en particulier pour triompher des accidents locaux. On a vu que, malgré l'acuité de ces accidents et malgré la gravité extrême des symptômes généraux, nous avons réussi à obtenir dans un espace de temps relativement très-court une guérison complète.

Lorsque la douleur survit à l'emploi de ces moyens, un vésicatoire volant, assez large pour couvrir toute la région affectée, achève l'œuvre commencée par le traitement antiphlogistique. En même temps, on fait concourir à ce résultat les boissons émollientes ou acidules, les potions calmantes, dans le but d'atténuer les secousses de la toux, s'il en existe, et tout à fait au début l'ipéca, à la dose de 1gr,50, surtout lorsqu'il y a quelque complication gastro-hépatique. *(La suite au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du mode opératoire qui convient le mieux aux cataractes capsulaires centrales et capsulo-lenticulaires centrales, et incidemment de l'extraction de la cataracte lenticulaire simple avec sa capsule ;

Par le docteur Sichel.

La *cataracte capsulo-lenticulaire* est une des espèces les plus rares. Autrefois on en exagérait beaucoup la fréquence, en regardant comme capsulaires ou capsulo-lenticulaires les cataractes que j'ai fait connaître sous le nom de *corticales* (voy. mon *Iconographie ophthalmologique*, p. 162, §§ 251 et suivants). Après l'excès dans un sens est venu l'excès contraire : on arriva à nier d'une manière absolue l'existence des cataractes capsulaires, et seul pendant longtemps j'en maintins l'existence, jusqu'à ce que les observations micrographiques fussent venues me donner raison. (Voy. mon *Iconographie*, p. 204, §§ 307 et suivants.)

Aujourd'hui personne ne doute plus de leur existence, mais leur

opération, généralement très-difficile, n'a été, autant que je sache, le sujet d'aucun travail spécial. Ayant eu occasion d'en opérer un assez grand nombre, je tâcherai de suppléer au silence des auteurs.

Il importe, avant tout, de bien choisir le mode opératoire.

Quand on opère par abaissement ou par broiement, la partie périphérique de la capsule, restée saine, mince et transparente, se déchire; mais son opacité, plus ou moins centrale, résiste à l'aiguille, qui ne peut ni la morceler ni l'inciser, épaissie et comme parcheminée qu'elle est. Réussit-on à l'abaisser, elle remonte constamment, revient occuper sa position primitive, et intercepte la vision. Si plus tard on veut l'enlever de nouveau avec l'aiguille, son élasticité la fait remonter à chaque essai d'abaissement.

Pratique-t-on l'extraction, alors aux difficultés de l'opération vient se joindre un véritable danger. Lorsque, ignorant l'impossibilité d'entamer la partie épaissie de la capsule, on croit l'avoir incisée, et qu'on essaye de faire sortir le cristallin, la pression rompt la partie latérale saine de la membrane, mais la partie centrale épaissie ne cédant pas et empêchant l'issue du cristallin, le corps vitré obéit seul à la pression, l'hyaloïde est déchirée et son contenu expulsé en quantité plus ou moins considérable, tandis que le cristallin tend à se plonger au fond de l'œil. Si on ne l'extrait pas immédiatement à l'aide de la curette de Daviel ou, ce qui réussit mieux, avec les grandes curettes de Waldau ou de Critchet, surtout si l'on commet la faute d'augmenter trop la pression du globe pour accélérer la sortie de la cataracte, celle-ci se plonge au fond de l'œil, le corps vitré sort en plus grande quantité, et la coque oculaire s'affaisse, souvent d'une manière dangereuse pour la réunion des lèvres de la plaie.

Ces graves inconvénients m'ont fait adopter depuis longtemps un procédé qui a l'avantage de les éviter, et que je vais exposer en quelques mots. Quant à l'abaissement et au broiement, je les regarde en général comme contre-indiqués dans les cataractes lenticulaires séniles demi-dures et demi-molles, et à plus forte raison quand à cette consistance viennent se joindre l'opacité et l'épaississement d'une partie plus ou moins grande de la cristalloïde antérieure.

Voici comment je procède :

La pupille doit être fortement et durablement dilatée par le sulfate neutre d'atropine; on verra tout à l'heure par quelle raison.

Après la kératotomie, on introduit le kystitome [1] de la manière

---

[1] Je me sers d'ordinaire du kystitome droit, et exceptionnellement du kystitome en équerre de Graefe; ce dernier ne peut servir pour les cataractes capsulaires.

ordinaire; mais, sans faire de vaines tentatives d'inciser le centre épaissi de la cristalloïde antérieure, on cerne toute sa partie opaque entre deux incisions verticales semi-lunaires, pratiquées avec la pointe et le tranchant du kystitome, l'une entre le bord pupillaire externe et la circonférence externe de l'opacité capsulaire, l'autre entre le bord interne de celle-ci et le bord pupillaire correspondant; puis on glisse la lance du kystitome par l'incision placée près du bord externe de l'opacité capsulaire sous celle-ci, de manière à la soulever un peu. On retire l'instrument, et l'on introduit sous le bord externe de la partie opaque de la capsule la branche non dentée de ma pince capsulaire ([1]), pince très-fine, dont l'autre branche, l'antérieure, se termine par une dent un peu mousse; on saisit solidement entre les mors de la pince la capsule épaissie et on l'extrait par une traction brusque et saccadée. On réussit très-bien de cette manière; quelquefois même, quand l'incision dans un point quelconque n'a pas entamé la cristalloïde, on enlève avec l'opacité un lambeau plus ou moins grand de la partie saine de la capsule.

Cela fait, on n'a qu'à presser légèrement sur le globe, comme dans l'extraction de la cataracte lenticulaire; le cristallin sort régulièrement et rompt la partie saine de la capsule, qu'il refoule latéralement, et dont les lambeaux, en outre, se roulent en spirale et se retirent ainsi derrière l'iris. Si, autour de l'endroit occupé par l'opacité, il reste encore une grande partie de la capsule transparente, il vaut mieux l'inciser de nouveau avec le kystitome, avant d'essayer de faire sortir le cristallin.

On conçoit pourquoi la pupille doit être largement et durablement dilatée. Elle se contracte toujours plus ou moins après la section de la cornée et l'écoulement de l'humeur aqueuse, ce qui rétrécit considérablement le champ de l'action du kystitome, et rend même celle-ci tout à fait nulle dès que la marge pupillaire touche à la circonférence de l'opacité ou la recouvre. De là, la règle d'instiller la solution d'atropine le plus souvent possible pendant les deux jours qui précèdent l'opération.

Si, malgré cela, la contraction de la pupille devient trop grande après l'écoulement de l'humeur aqueuse, il reste encore plusieurs expédients.

On peut enfoncer la pointe du kystitome dans l'extrême circonférence externe de l'opacité capsulaire, et la diriger de haut en bas entre elle et le cristallin. On réussit souvent, de cette manière, à

([1]) Ou pince scléroticale; voy. *Iconographie*, pl. XII, fig. 12 à 14.

détacher et à soulever ce bord, de manière à pouvoir passer sous lui la branche non dentée de la pince.

Lorsque le bord extérieur de l'opacité capsulaire est recouvert, dans une trop grande étendue, par le bord iridien de la pupille rétrécie, un dernier expédient peut encore réussir.

On enfonce verticalement, d'avant en arrière, la pointe et la lance du kystitome dans l'opacité capsulaire, aussi près que possible de son bord externe; on la pousse transversalement derrière l'opacité et la lui fait traverser d'arrière en avant à l'autre extrémité. On réitère cette manœuvre plusieurs fois en différents sens, et on réussit ainsi peu à peu à morceler l'opacité, à la diviser en de nombreux petits lambeaux, qu'on extrait facilement avec la pince, ou qui sortent spontanément avec le cristallin expulsé par une légère pression.

Un procédé exceptionnel, applicable seulement lorsque le mode ordinaire ne peut pas être employé ou n'a pas réussi, doit encore être mentionné ici.

Lorsque l'opacité du centre de la capsule n'est ni très-épaisse ni très-élevée, on peut l'attaquer avec la pointe et le tranchant du kystitome ou de l'aiguille de Saunders, et essayer de la morceler par une suite de petites incisions profondes, comme dans la méthode de broiement (discision) par la cornée, employée par ce chirurgien anglais et aujourd'hui généralement adoptée; puis on termine l'extraction comme je l'ai exposé ci-dessus.

Le mode d'opération des cataractes capsulaires, ou plutôt capsulo-lenticulaires, qui fait le sujet de cette note, a été pratiqué souvent par moi, et les procédés exceptionnels un assez grand nombre de fois, pour que je puisse les recommander aux praticiens.

En terminant, je signalerai encore quelques procédés particuliers qui ne trouvent que rarement leur application.

On a vu plus haut qu'en extrayant l'opacité centrale de la capsule, on enlève quelquefois un lambeau plus ou moins grand de la partie périphérique restée saine de cette membrane, quand, dans un point voisin de la circonférence de l'opacité, elle n'a pas été entamée par le kystitome. Ajoutons que, dans des cas très-rares, l'ensemble de la cristalloïde suit sa partie opaque, comme je l'ai vu pour la dernière fois, il y a quelques mois, en pratiquant l'extraction d'une cataracte capsulo-lenticulaire. En pareille occurrence, il faut être sur ses gardes pour éviter une procidence du corps vitré; car toutes les fois que la cristalloïde sort en entier, et que, par conséquent, son feuillet postérieur est détaché plus ou moins brusque-

ment de la fossette hyaloïde, c'est-à-dire de la surface antérieure de l'hyaloïde, cette membrane est sujette à se déchirer et à donner lieu, sous la coopération de la contraction des muscles oculaires, à la sortie d'une portion plus ou moins grande du corps vitré, surtout chez les vieillards, chez lesquels la consistance de ce corps est d'ordinaire plus ou moins diminuée.

Une dernière et importante exception au mode opératoire ordinaire des cataractes capsulo-lenticulaires centrales fort rare est la suivante, que j'extrais d'une observation rédigée depuis 1845, mais non encore publiée :

D'une réunion de circonstances défavorables, telles que l'épaississement et la consistance trop considérables de la partie centrale opaque de la capsule antérieure, son étendue trop grande, la contraction trop forte de la pupille, l'écoulement de l'humeur aqueuse, et, par conséquent le contact trop immédiat entre la cornée, l'iris et la cristalloïde, résulte quelquefois l'impossibilité d'entamer la capsule, ou d'introduire dans son ouverture, trop étroite, une des branches de la pince capsulaire. Dans ce cas, il reste pour unique ressource, d'enfoncer au centre de l'opacité capsulaire la pointe de la petite érigne qui sert à l'opération du décollement de l'iris, et, par une traction un peu forte et brusque, d'extraire l'ensemble de l'appareil cristallinien, c'est-à-dire la capsule entière avec le cristallin qu'elle contient. Plusieurs fois j'ai obtenu un succès complet par ce procédé ; mais, ici encore, il faut s'attendre à voir quelquefois, par les raisons que nous venons d'exposer, une portion du corps vitré suivre le cristallin et sa capsule.

C'est là, selon moi, le seul cas où l'on puisse être sûr d'extraire le cristallin avec sa capsule. Toutes les fois que cette membrane est entièrement saine, on ne réussit qu'exceptionnellement à la faire sortir avec le cristallin. Beer (1) déjà, à la fin du siècle passé et au commencement du nôtre, s'est pendant assez longtemps occupé de ce mode opératoire, regardé comme une chimère et une erreur par ses contemporains et ses rivaux. Après avoir inventé, et préconisé pendant plusieurs années, cette opération qu'il pratiquait avec son « *crochet-aiguille à cataracte* (*Staarnadelhaken*), » et avoir publié sur ce sujet une brochure presque inconnue à la génération actuelle à cause de son extrême rareté, et qui, après un quart de siècle

---

(1) G.-J. Beer, *Méthode d'extraire la cataracte avec sa capsule*, etc. (en allemand). Vienne, 1799 ; in-8°, avec une planche. — Traduction hollandaise par Van Ingen. Dordrecht, 1802 ; in-8°.

d'actives recherches de ma part, ne figure que depuis quelques années dans ma bibliothèque, il cessa tout d'un coup de l'employer et d'en parler. Dans son Traité complet des maladies des yeux, publié en 1813 et 1817, il passe sous silence ce procédé qu'il avait tant vanté. Pourquoi? C'est que, en vrai praticien, il s'était aperçu des dangers de cette méthode et de son insuccès. En effet, il est impossible de saisir avec une pince, une érigne ou le « crochet-aiguille », la capsule cristallinienne saine, véritable membrane vitrée qui se rompt et éclate par la pression ou la traction, et, quoi qu'on fasse, laisse dans la pupille des lambeaux, transparents d'abord, mais qui s'opacifient presque toujours à la longue. Si on s'aide de la pression du globe, on amène presque toujours des procidences considérables du corps vitré. Cela n'a pas empêché la jeune génération ophthalmologique actuelle de faire revivre les tentatives avortées entre les mains de Beer et reconnues par lui-même comme vaines, et d'y ajouter un nouveau danger, celui de l'anesthésie. Laissons le temps faire justice de ces nouveaux essais, comme de ceux du vieux maître, si expert pourtant et si habile, et qui a lui-même, par son brusque silence, condamné son invention, après l'avoir pendant plusieurs années chaleureusement préconisée et opiniâtrément défendue par une polémique très-vive et quelquefois aigre, que ceux qui s'y intéressent trouveront dans les journaux médicaux allemands, et surtout la *Gazette médicale de Salzbourg*, des premières années de ce siècle.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des bouillons alimentaires et médicinaux [1];

Par M. Z. Roussin, pharmacien-major de 1re classe, professeur agrégé à l'École impériale du Val-de-Grâce.

On comprend sous le nom général de *bouillons* des solutions aqueuses préparées avec la chair de divers animaux, et composées des matériaux solubles contenus dans la viande elle-même et aussi de ceux qui peuvent prendre naissance sous l'influence de l'eau et de la chaleur.

On distingue ordinairement deux sortes de bouillons : les bouil-

(1) Extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, dont le tome V va bientôt paraître.

lons dits *alimentaires* et les bouillons dits *médicinaux*. Nous ne voyons pas d'inconvénients à conserver cette distinction, bien qu'il devienne chaque jour plus difficile d'en justifier la convenance et l'utilité réelle, les bouillons alimentaires devenant médicinaux lorsque la thérapeutique en fait usage, et les bouillons, proprement dits médicinaux, comme les bouillons de tortue, de grenouilles, de veau, de poulet, etc., servant d'aliments véritables dans diverses circonstances. La composition de ces deux espèces de bouillons n'offre pas du reste de profondes différences et les principes généraux qui président à leur confection sont à peu près les mêmes. Ces principes, aujourd'hui fixés d'une manière certaine par le concours de la théorie et d'une longue expérience, sont importants à connaître et nous les résumerons en quelques lignes.

Bouillons alimentaires. — La chair des animaux, et en particulier la chair de bœuf, qui forme la base des bouillons ordinaires des ménages, renferme des parties solubles dans l'eau et des matériaux naturellement insolubles dans ce véhicule. Les substances solubles de la viande crue sont fort nombreuses et la chimie en découvre chaque jour de nouvelles; au point de vue restreint qui nous occupe, il suffira d'indiquer les suivantes : albumine, hématosine (matière colorante du sang), créatine, créatinine, inosite, acide inosique, sarkosine, sarkine, acide lactique, sels divers (phosphates, sulfates et chlorures à base de potasse et de soude) et divers principes volatils assez fugaces et encore mal déterminés. Les matériaux insolubles dans l'eau sont la fibrine des muscles (musculine), les tendons, les os, la graisse et quelques phosphates à base de chaux et de magnésie.

Toutes choses égales d'ailleurs, le meilleur procédé de préparation du bouillon sera celui qui épuisera le plus sûrement la viande de ses parties solubles dans l'eau. Or, à ce point de vue, il est évident qu'une division préalable de la viande paraît indispensable pour faciliter l'accès de l'eau au milieu des fibres musculaires serrées et compactes. Mais le hachage préliminaire, excellent en théorie, et mis à profit dans quelques cas que nous indiquerons plus tard, s'accorderait mal avec nos habitudes culinaires et l'économie des ménages. Le prix élevé que la viande atteint dans nos contrées oblige, dans le plus grand nombre des cas, à consommer le bouillon produit et le résidu insoluble lui-même, qu'on est amené de la sorte à traiter en morceaux assez volumineux. L'action de l'eau froide serait alors insuffisante pour pénétrer les tissus et extraire les principes solubles; pour ce motif et aussi dans le but de

développer des principes sapides ou odorants que la chaleur seule peut produire dans l'action de l'eau sur la viande, on est naturellement conduit à employer l'eau portée à une température voisine de son point d'ébullition. C'est dans cette dernière condition, la seule normale et la seule pratique, qu'il convient d'étudier l'action de l'eau sur la viande crue, au point de vue exclusif de la meilleure fabrication du bouillon.

Chevreul a, le premier, démontré par des expériences précises qu'il n'est pas indifférent de mettre la viande dans l'eau froide et d'amener lentement cette dernière à l'ébullition ou de la plonger dans l'eau lorsque celle-ci est bouillante. Dans le premier cas, on obtient un bouillon aussi sapide que possible, mais le résidu (le bouilli) est moins agréable à manger ; dans le second cas, le bouilli sera excellent, mais le bouillon renfermera peu de matériaux solubles et paraîtra insipide. L'explication de ces faits est facile à comprendre : la viande mise dans l'eau froide cède peu à peu par dissolution superficielle d'abord, puis ensuite par endosmose lente, une partie des principes solubles qu'elle renferme. Les proportions de ces substances augmentent dans la dissolution à mesure que le séjour dans l'eau se prolonge et que la température s'élève très-lentement jusqu'à l'ébullition. L'albumine, interposée entre les fibrilles musculaires, ne commence à se coaguler que vers 60 degrés et la majeure partie pourra ainsi sortir des cellules et passer dans le liquide où elle se coagulera plus tard sous forme d'écume, clarifiant ainsi spontanément le bouillon. En plongeant, au contraire, brusquement la viande dans de l'eau bouillante, l'albumine des premières couches musculaires se coagule et forme une enveloppe qui empêche les matières solubles et odorantes de s'échapper. Ces principes restent dans l'intérieur de la trame fibrineuse, dont ils augmentent la sapidité au détriment du bouillon.

On comprend alors pourquoi en Allemagne, dans les maisons bourgeoises où l'on met la viande dans l'eau froide, on mange rarement la viande. Dans d'autres contrées, dans les Pays-Bas, par exemple, la viande bouillie sans la soupe est une nourriture très-ordinaire. Aussi les ménagères hollandaises mettent dans l'eau bouillante la viande qui ne doit pas faire la soupe. (Moleschott.)

Il faut entretenir le liquide à une chaleur voisine de l'ébullition : c'est la nécessité de cette chaleur modérée et soutenue qui donne tant d'avantages aux marmites de terre, qui conduisent médiocrement la chaleur et sont à l'abri des coups de feu. La confection d'un bon bouillon exige en moyenne de cinq à sept heures.

MM. Robin et Verdeil pensent que, par suite de l'ébullition, la musculine n'est plus ce qu'elle est dans la chair crue ou rôtie : l'altération qu'elle a subie la rapproche de la gélatine et diminue considérablement sa valeur nutritive. A ces indications, M. Malaguti ajoute : « Et qu'on ne croie pas que ce que la viande perd, on le retrouve dans le bouillon. On a l'habitude de considérer le bouillon comme la quintessence de la viande; mais c'est une erreur. Le bouillon ne renferme que des principes qui, sous l'influence d'une température élevée, ayant développé du parfum et de la sapidité, stimulent les nerfs du goût, activent la sécrétion de la salive et du suc gastrique, mais ne nourrissent pas. L'animal qui ne vivrait pas, n'ayant pour seule nourriture que de la viande cuite, ne vivrait pas davantage s'il n'avait pour se nourrir que du bouillon. »

Outre la viande, on ajoute au bouillon du sel de cuisine, des légumes et souvent des os. Le sel de cuisine n'est employé que pour rehausser la saveur ordinaire du liquide : il sert aussi à faciliter l'endosmose et la sortie des parties solubles contenues dans la viande. Il doit, en conséquence, être ajouté dès le début. Les légumes varient suivant les goûts, les contrées, la saison, etc. Les carottes, les navets, les panais, les choux, les poireaux, l'ail, quelquefois les oignons brûlés, quelques clous de girofle, sont le plus généralement employés. On les ajoute lorsque l'écumage est terminé.

Quant aux os qu'on introduit fréquemment avec la viande dans le *pot-au-feu*, leur proportion ne doit pas dépasser 25 pour 100 du poids de la viande. Sous l'influence de l'eau bouillante, la matière chondrineuse qui les constitue se transforme partiellement en gélatine qui se dissout dans le bouillon, et la cavité médullaire laisse échapper la majeure portion de sa matière grasse qui fond et vient surnager le liquide. Les os n'ajoutent par eux-mêmes que bien peu de matériaux alibiles au bouillon : c'est un fait aujourd'hui incontestable. Les faits si intéressants renfermés dans le rapport de la Commission de l'Académie des sciences, dite Commission de la gélatine, démontrent que si les os frais peuvent nourrir certains animaux, la gélatine qui provient de leur ébullition dans l'eau ne possède plus cette propriété, attendu qu'elle constitue une substance toute différente de la matière organique des os eux-mêmes. Lorsque les os sont adhérents à la viande, il est préférable de les détacher et de les placer au fond du vase; dans cette position, ils servent à soutenir la viande et à la préserver pendant toute la durée de l'ébullition du contact direct des parois inférieures les plus échauffées.

On a remarqué depuis longtemps, sans qu'on puisse en donner, à notre avis, une explication tout à fait satisfaisante, que le bouillon préparé en petit est toujours d'une saveur et d'une qualité supérieures à celui qui est fabriqué dans de grandes marmites. Les hôpitaux civils de Paris ont, depuis plusieurs années, remplacé avec grand avantage les immenses marmites de cuivre par des marmites de fonte d'une contenance de cinquante litres.

Nous croyons utile de donner quelques formules adoptées pour la confection du bouillon :

Bouillon des hôpitaux civils de Paris.

Eau.........	100 litres.		Pour 100 litres de bouillon.
Viande et os...	41 kil.	660 gram.	
Légumes......	8	330	
Sel de cuisine.	1	120	
Oignons brûlés.	0	300	

La viande crue est désossée, et on la réunit à l'aide de gros fil en paquets de 3 kilogrammes environ; les os sont concassés et placés au fond des marmites, et la viande, liée en paquets, est posée sur une grille ou faux fond troué, au-dessus des os.

Bouillon des hôpitaux militaires (extrait d'une circulaire du 1er janvier 1866).

La viande de bœuf à mettre à la marmite doit être choisie parmi les différentes parties du bœuf, de manière à répartir également dans les pesées les morceaux charnus et gras et les portions osseuses.

Il est alloué à chaque malade recevant du bouillon 180 grammes de viande crue pour la préparation de ce dernier. La quantité d'eau ne doit pas dépasser 2 litres 75 centilitres par kilogramme de viande.

Bouillon des hôpitaux de la marine.

Viande crue..............................	1 kilogramme,
Eau......................................	4 litres.
Légumes verts............................	400 grammes.
Sel......................................	10 —

Après cinq heures de cuisson, on obtient 3 litres de bouillon. La viande non désossée est introduite dans la marmite au moment de l'ébullition; on ajoute peu après les légumes verts, et, en dernier lieu, le sel. On opère de la sorte dans le but d'avoir un bouilli plus savoureux et propre à l'alimentation des convalescents et des infirmiers de l'hôpital.

MM. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine à Brest, et Vincent, pharmacien en chef de la marine, ont recherché s'il ne serait pas possible de transformer en bouillon le bouilli non consommé immédiatement. Ayant fait hacher 500 grammes de ce bouilli, et l'ayant soumis à une coction de deux heures dans 2 litres d'eau, avec addition de 100 grammes de carottes et de 40 grammes d'oignons, ils ont obtenu 800 grammes d'excellent bouillon. C'est là un résultat économique avantageux, et dans tous les hôpitaux où la consommation du bouillon dépasse celle du bouilli, on pourra transformer l'excédant de celui-ci en une nouvelle quantité de bouillon. Il est inutile d'ajouter qu'après cette seconde coction le résidu de la viande est impropre à l'alimentation. (Dr Fonssagrives.)

Bouillon de viande (suivant la formule adoptée dans les établissements de Duval).

Bœuf ordinaire..............................	3 kil.	500 gram.
Eau (2 lit. 85 centil. par kilogr. de viande).	10	»
Sel marin..............................	»	75
Légumes : carottes, poireaux, panais, navets.	»	600
Trois clous de girofle.		

Bouillon de viande (formule de Chevreul).

Dans un vase en terre vernissée de la capacité de 6 litres on introduit :

Viande de bœuf privée d'os.	1 kil. 435 gram.	}	1 kil. 865 gram.	
Os....................	» 430	}		
Sel marin..............................			»	40
Eau..............................			5	»

Après avoir chauffé graduellement jusqu'à l'ébullition, on remue, puis on ajoute :

Légumes : carottes, navets, oignon brûlé, 331 grammes.

En maintenant sans interruption un bouillonnement léger pendant cinq heures et demie, on obtient :

Bouillon d'excellente qualité..............	4	litres.
Bouilli excellent..............................	858	grammes.
Os..............................	392	—
Légumes cuits..............................	548	—

La densité de ce bouillon est de 1,0137.

Un litre renferme :

Eau..............................	985gr,600
Matières organiques..............................	16 ,917
Sels solubles (sulfates, chlorures et phosphates alcal.).	10 ,721
Sels insolubles (phosphates de chaux et de magnésie).	» 539
	1,015gr,777

Les parties du bœuf auxquelles on donne généralement la préférence pour la préparation du bouillon, sont : la culotte, la tranche, le gîte à la noix et la côte d'aloyau.

Le bouillon préparé pour les malades ou les convalescents doit être dépouillé aussi complétement que possible de la graisse qui le surnage. Cet enlèvement peut se pratiquer à froid, alors que la matière grasse est figée, ou à chaud, alors qu'elle affecte encore la forme d'*œils*.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que le bouillon doit, autant que possible, être préparé au fur et à mesure des besoins et de la consommation. Comme tous les liquides riches en matières organiques, il est prompt à subir la décomposition, principalement par les temps chauds et orageux, et passe très-vite à un état d'acidité fort désagréable. On prévient souvent ce dernier inconvénient en projetant dans le bouillon qu'on désire conserver un ou deux gros fragments de charbon incandescents.

Le choix des légumes est une affaire de goût quand il s'agit de bouillon destiné à des gens valides; mais lorsque le bouillon est préparé pour des malades, quelques légumes doivent être interdits à raison de leurs qualités indigestes : les choux et les navets sont dans ce cas; les carottes, les poireaux, le céleri, sont les seuls dont il faille faire usage. Quant aux oignons brûlés destinés à colorer le bouillon, ils peuvent être remplacés avec avantage par le caramel. (Dr Fonssagrives.)

Bouillon Liebig. — Liebig indique le procédé suivant pour obtenir, en moins d'une heure, un bouillon riche en principes tirés de la viande et doué d'une saveur très-agréable :

Un kilogramme de viande de bœuf, dépourvue de sa substance grasse, étant coupé en morceaux très-menus, ou haché, est chauffé lentement, jusqu'à l'ébullition, avec un kilogramme d'eau : les écumes sont enlevées, puis on ajoute le sel, et au bout de quelques minutes d'une ébullition légère, on obtient un bouillon très-sapide.

Ce bouillon, évaporé au bain-marie, donne un extrait d'une consistance molle, susceptible de se conserver.

Bouillon dit fortifiant de Liebig. — On prend 250 grammes de viande fraîche de bœuf; on hache cette viande; on la délaye dans 560 grammes d'eau distillée, additionnée de 4 gouttes d'acide hydrochlorique et de 3 grammes de sel; on laisse macérer pendant une heure; on passe ensuite sur un tamis de crin ou un linge serré.

M. Debout a fait remarquer que la couleur et l'odeur de cette préparation peuvent répugner à bon nombre de malades. Si on le chauffe, on sépare l'albumine, et on a un bouillon moins chargé de

matière azotée; pris froid, au contraire, il est très-propre à rendre de l'albumine au sang.

Il serait hors de propos de faire entrer dans le cadre de cet article la description des diverses espèces de bouillons préconisés par quelques médecins ou chimistes, et les formules employées pour obtenir les préparations connues sous les noms de *conserves de bouillon, tablettes de bouillon*, etc. Nous nous bornerons à signaler le *bouillon fortifiant* de Gielt et Pieufer, de Munich; le bouillon dit *thé de bœuf*, de Beneke; le *bouillon concentré* (*Portable soup*); les conserves de bouillon de Martin, de Lignac; les *tablettes de bouillon* de Cadet de Gassicourt, et l'*extractum carnis* de Liebig.

Bouillons médicinaux. — Les bouillons dits *médicinaux* ont, en général, pour base la viande d'animaux jeunes, à chair moins serrée et moins sapide que la viande de bœuf. La cuisson doit avoir lieu à un feu très-modéré, et mieux encore au bain-marie. On ajoute quelquefois des légumes aux bouillons médicinaux, dans le but de rehausser leur saveur généralement assez fade.

Les bouillons médicinaux les plus employés sont ceux de *veau* (rouelle et mou), de *poulet*, de *grenouilles*, de *tortue* et de *limaçons*.

Bouillon de veau.

Rouelle de veau	125 grammes.
Eau	1 litre.

On fait cuire à un feu modéré, ou au bain-marie, pendant deux heures, et on passe après refroidissement.

On prépare de même les autres bouillons.

On coupe la tête de la tortue, on sépare par la scie la carapace du plastron, et après avoir enlevé la chair musculaire, on rejette les intestins.

On coupe la tête de la grenouille au-dessous des pattes antérieures, on la dépouille de sa peau et on rejette les intestins.

La chair des escargots doit aussi être séparée des intestins et de la coquille.

Sous le nom de *bouillon d'herbes, bouillon aux herbes*, on fait fréquemment usage de la décoction suivante, usitée surtout comme adjuvant des purgations ordinaires :

Bouillon d'herbes.

Oseille	120 grammes.
Cerfeuil	16 —
Eau	1,000 —
Sel de cuisine	12 —
Beurre frais	16 —

On fait cuire les plantes avec une petite quantité d'eau, en agitant continuellement; on ajoute ensuite le reste de l'eau, le sel et le beurre, et l'on porte à l'ébullition pendant quelques minutes.

Formules contre le choléra.

M. Jaccoud, dans une de ses dernières leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, a indiqué, pour le traitement du choléra, les formules suivantes, qui ont le mérite d'être simples et faciles à retenir :

Mixture italienne.

Vin de Malaga	1,000	grammes.
Diascordium	80	—
Laudanum de Sydenham	6	—
Santoline	3	—

On en donne aux enfants et aux femmes, toutes les trois heures, un verre à eau-de-vie; aux adultes, un verre à madère.

Pilules astringentes.

Diascordium	0gr,15
Sous-nitrate de bismuth	0 ,15
Extrait thébaïque	0 ,01

Pour une pilule (Grassi).

Cinq ou six par jour.

Autre formule.

Diascordium	0gr,15
Acétate de plomb	0 ,10
Extrait thébaïque	0 ,01

Pour une pilule.

Cinq ou six par jour.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Phthisie rapide développée à la suite de l'usage d'une préparation ferrugineuse. Traitement des accidents aigus à l'aide du kermès associé à l'extrait de quinquina.

Le danger des préparations ferrugineuses administrées aux organismes en puissance de tubercules a depuis longtemps été dénoncé aux praticiens par les indications discutées à l'article Fer du *Traité de thérapeutique* (Trousseau et Pidoux), par les communications de MM. Blache et Millet, et par d'autres travaux encore. Plus récemment, nous avons tous lu les pages éloquentes de la

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, où il est de nouveau signalé dans un de ces tableaux émouvants, sortes de prosopopées cliniques à l'aide desquelles son illustre auteur sait évoquer de frappants et terribles exemples pour les graver à jamais dans la mémoire de ses disciples.

Cependant il est encore des médecins qui, admettant difficilement les incompatibilités établies avec tant de force et d'autorité par M. Trousseau, ne verraient volontiers dans les faits allégués que des phénomènes de succession ou des rapports de coïncidence. C'est pourquoi je crois de mon devoir de faire connaître une observation de phthisie rapide dont une préparation ferrugineuse, additionnée d'iode, il est vrai, a failli influencer défavorablement la marche de la maladie, après avoir été probablement une des causes de son explosion.

Mon dessein est aussi d'insister sur le traitement qui paraît m'avoir réussi en cette circonstance, et qui, bien qu'inspiré en principe par les travaux de M. le professeur Fonssagrives, diffère de celui qu'il préconise; car, convaincu, par l'enseignement clinique de M. Trousseau, de la grande efficacité du kermès dans les affections de poitrine en général, et, connaissant les bons effets obtenus par Bricheteau à l'hôpital Necker au moyen de ce médicament [1], je l'ai substitué déjà depuis quatre ans dans ma pratique au tartre stibié, dont l'administration continue est beaucoup moins commode. L'émétique, en effet, malgré l'importance des résultats obtenus, malgré l'art ingénieux qui préside à son emploi entre les mains de l'ancien médecin de l'hôpital de Brest, l'émétique, dis-je, offre certains inconvénients que l'on peut négliger dans une maladie aiguë, mais qui en rendront toujours l'usage continu et plus encore les reprises assez difficiles dans les affections chroniques.

Il faut avoir été témoin de l'effroi dans lequel la seule pensée du vomissement jette certaines organisations susceptibles; il faut avoir été appelé à parer aux accidents cholériformes que produit quelquefois le tartre antimonié de potasse, en jetant l'alarme dans une famille et la défaveur sur le médecin; il faut avoir lutté contre les troubles gastro-intestinaux qui en sont la conséquence et qui, paralysant la thérapeutique, contrarient en outre l'alimentation au moment où l'on en aurait le plus besoin, pour apprendre à redouter l'émétique.

[1] Bricheteau, *Traité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire*. Paris, 1852.

M. Fonssagrives fait bon marché de ces tracas en raison du résultat éloigné sur lequel il compte; de là la proscription sommaire édictée contre les préparations insolubles à la page 107 de son ouvrage sur la *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*, où il est dit : « On obtiendra, en effet, bien plus complétement et bien plus sûrement par l'émétique le résultat que l'on va demander avec des chances très-aléatoires aux antimoniaux insolubles.

Est-il donc toujours de bonne politique de brusquer ainsi les choses, et ne saurait-on comprendre autrement la nécessité de *gagner du temps*, lorsque l'on s'adresse à des constitutions débiles, à demi terrassées déjà par la diathèse, et qu'il s'agit, suivant le précepte fécond du savant professeur, de faire durer pour guérir?

C'est pour éviter des secousses pénibles, c'est en même temps pour rassurer les forces et leur offrir, pour ainsi dire, à chaque instant un recours contre les causes de débilitation qui les assiégent au dedans et au dehors, que j'ai pris l'habitude d'associer toujours dans le traitement des poussées aiguës de la phthisie, accompagnées ou non de fièvre, le kermès au quinquina.

Tout d'abord, une objection peut m'être faite au nom de la chimie physiologique, et elle est grave, puisqu'elle équivaut à une fin de non-recevoir : c'est l'inanité du produit que j'administre. Le quinquina est en effet l'antidote des préparations stibiées, et c'est en définitive du tannate d'antimoine que j'offre à l'absorption, dans des conditions d'insolubilité classique qui sont précisément pour moi une cause de sécurité et un motif de préférence, parce qu'elles transforment un médicament éminemment perturbateur en un composé moins impérieux, qui s'infiltre dans l'organisme, suivant une mesure favorable sans doute à l'action altérante de l'antimoine. Il faudrait d'ailleurs avoir une bien fausse idée des ressources de la chimie vivante, pour ne la point savoir capable d'utiliser peu à peu le composé le plus insoluble, lorsqu'il lui est présenté en quantité voulue et durant un laps de temps convenable; c'est au surplus ici le cas d'en appeler à l'expérimentation, si inoffensive en cette circonstance.

On pourrait en effet difficilement *à priori* se faire une idée des résultats obtenus par la potion kermès-kina chez les malades visités par une explosion de poussée tuberculeuse. Sous son influence, la toux se modère, l'expectoration devient plus facile, les signes de la congestion s'effacent, le tumulte inflammatoire s'apaise, et cependant le visage se colore et les forces renaissent, grâce au retour et à la conservation de l'appétit.

Les proportions réciproques des deux substances varient suivant des indications qui ne se contrarient jamais, soit qu'il s'agisse d'obtenir une absolue tolérance et d'aller en même temps au secours de la puissance vitale amoindrie, soit que l'état des forces et l'aptitude de l'estomac permettent à la fois de s'en tenir au kermès seul.

Commençant par 1 gramme d'extrait et 0gr,25 de kermès, j'augmente successivement les doses s'il est besoin. Dans ce dernier cas je ne dépasse point 2 grammes à 2gr,50 pour le kina et 0gr,75 à 1 gramme pour le kermès; de plus fortes quantités produisent un résidu qui fatigue l'intestin sans profit pour l'absorption.

Pour ce qui est du mode d'administration, je repousse expressément les pilules et les tablettes officinales de kermès, dont les effets, malgré le soin que j'avais pris de les faire croquer, m'ont toujours semblé des plus incertains. C'est suspendu dans une potion gommeuse que je donne le médicament par deux cuillerées à bouche, de deux en deux heures, ce qui est plus commode, et facilite la distribution des repas. Son action, je le répète, est très-prompte; et lorsque ses effets salutaires se manifestent, je ne crois pas qu'il doive être continué jamais plus de quinze jours, du moins à dose élevée. Ce délai m'a paru suffisant pour abattre le mouvement fluxionnaire, et il pourrait y avoir inconvénient à perpétuer une expectoration qui devient fatigante après s'être montrée aussi salutaire que facile.

Il est bien entendu par là que le kermès-kina n'est qu'un instrument thérapeutique, indispensable, à mon point de vue, dans une phase particulière de la maladie à laquelle le sulfate et le tannate de quinine, les vésicatoires volants, la digitale conviennent également. Mais son emploi est si peu exclusif, que je considère comme un de ses principaux mérites de merveilleusement disposer le terrain pour les balsamiques, l'eau-bonne et par-dessus tout l'huile de foie de morue.

Je pense offrir un exemple de cette subordination capitale dans l'observation qu'on va lire.

La demoiselle *** âgée de vingt et un ans, issue de parents aisés non tuberculeux, d'un tempérament lymphatique, au visage habituellement coloré, avait déjà été traitée à plusieurs reprises par moi, pour une pharyngite granuleuse modifiée par l'eau-bonne, pour une dyspepsie gastro-intestinale amendée par de petites doses d'opium et pour une tendance anémique générale, combattue par la macération de quinquina.

En 1862, elle garda le lit durant quinze jours, pour une fièvre muqueuse bénigne sans manifestations thoraciques.

Durant l'hiver de 1863-64, je lui donnai mes soins pour une plaie siégeant à la région externe de la jambe, et qui, survenue à la suite d'un léger choc, offrit des caractères particuliers révélant un état diathésique grave.

L'origine du mal fut, à ce qu'il paraît, une cloche, dont la description donnée par la malade rappelait la configuration d'une pustule d'ecthyma. Il en sortit au bout de quelques jours un pus sanieux, et bientôt parut une ulcération en forme de godet, qui gagna du terrain, à la manière d'un mal perforant.

Lorsque je vis la plaie, elle mesurait 3 centimètres de diamètre sur 2 en profondeur, sans inflammation circonvoisine; bords calleux, fond gris-violacé. L'huile de foie de morue à l'intérieur, le diachylon et la teinture d'iode avaient été mis inutilement en usage, et je dus ajouter à ces moyens l'essai de nombreux topiques dont voici la liste sans plus de détails, afin de donner une idée de la ténacité de l'affection : huile de morue, chlorate de potasse, poudre d'alun calciné, de camphre, de kina, de calomel, onguent styrax, lotions et pansements avec le vin aromatique, la liqueur de Labarraque, l'essence de sauge, de térébenthine, l'eau froide, l'alcoolat antiscorbutique, l'iodure et le sulfate de fer, cautérisations avec le nitrate d'argent, la potasse caustique, l'acide phénique. Je parvenais bien ainsi à modifier la couenne épaisse qui tapissait l'ulcère, mais elle reparaissait aussitôt que les progrès de l'inflammation substituée me forçaient à m'arrêter pour recourir aux fomentations émollientes.

Renonçant à la fin à l'huile de foie de morue, je la remplaçai par les pilules de Blancard, qui, rapidement poussées à la dose de huit par jour, ne tardèrent pas à amener une guérison complète; je ne manquai pas de continuer durant quelque temps l'iodure de fer qui jugea rapidement les douleurs stomacales et intestinales, et imprima bientôt à l'économie un cachet de vigueur inusitée.

Cependant, vers le mois de juillet 1865, on me signala une toux, qui, d'après examen de la poitrine, ne me parut nullement inquiétante. Sur ces entrefaites cette jeune personne fit un voyage, durant lequel elle s'enrhuma, paraît-il, beaucoup.

Au retour, j'eus occasion de la voir, et bien qu'elle n'accusât aucun malaise, elle me parut changée. La toux et l'expectoration augmentaient en effet, et il survenait vers le commencement de septembre une douleur vive et passagère dans le côté gauche de la poitrine.

Le 24 septembre, je fus appelé pour donner mon avis sur les crachats rouillés, fort semblables à ceux du premier degré de la pneumonie, quoique moins visqueux. La toux était fréquente, et le dépérissement paraissait faire de rapides progrès.

L'auscultation et la percussion me révélèrent les phénomènes suivants :

1° Sub-matité dans les fosses sus et sous-épineuses ; 2° obscurité du murmure respiratoire, avec expiration prolongée et rude; 3° re-

tentissement très-fort de la voix dans les mêmes régions des deux côtés.

Le crachement de sang continua encore deux ou trois jours, et puis cessa de lui-même avec l'apparition des règles, que j'attendais.

En même temps je constatais la fréquence de la toux avec exacerbation le matin et le soir, l'expectoration de crachats jaunes verdâtres, des sueurs fréquentes.

Je m'attaquai d'abord à l'élément congestif par le kermès en pastilles et les vésicatoires.

Le kermès, à cette époque, fut, en raison de l'indocilité de la malade, donné à des doses et sous une forme tout à fait insuffisante.

Le sang reparut dans les crachats vers les premiers jours d'octobre, mais cette fois mêlé à des crachats tout à fait purulents. En même temps, et à des intervalles rapprochés, je constatais de l'induration des ganglions occipitaux.

Il existait à cette période des douleurs aiguës dans la poitrine; les forces étaient réduites, l'anorexie complète, et l'émaciation se prononçait. A ces phénomènes se joignaient de fréquents et incommodes étourdissements La fièvre passait à la continuité, tout en conservant les exacerbations vespérales qui motivèrent à diverses reprises une médication antipériodique.

Les altérations pulmonaires ne firent, quoi qu'il en soit, aucun progrès appréciable durant ce mois d'octobre.

Alors je prescrivis, vers le 20 octobre, la potion suivante :

Huile de morue blonde.....................		100 grammes.
Essence de menthe.................. — de sauge....................	ãã	10 gouttes.
Iode métallique.................... Acide phénique....................	ãã	2 décigr.

Cette mixture, dont je faisais prendre deux et trois cuillerées à bouche par jour, est avalée sans dégoût, mais provoque d'incommodes renvois d'essence. Par contre, c'est une excellente façon de faire absorber l'iode, qui, dissous aisément dans les essences, se décolore au bout de très-peu de temps en clarifiant l'huile, et perd tous ses inconvénients organoleptiques pour garder entière sa vertu thérapeutique, ainsi que le démontra bientôt, dans ce cas, la diminution des engorgements glandulo-cellulaires. En même temps que le sang disparaissait des crachats, la toux diminua et l'appétit reparut un peu. La fièvre du soir, de son côté, se laissait influencer par les doses de 1gr,50 de tannate de quinine répétées deux jours de suite de temps en temps.

A ces moyens, je joignis l'usage des pilules de Blancard, une matin et soir.

Sous l'influence de ce traitement, les forces et l'appétit revinrent, et les règles reparurent.

Mais au bout de six jours, la faiblesse, la toux, l'expectoration purulente, les douleurs thoraciques, les vertiges, les sueurs fétides de la tête surtout, la fièvre, tout avait fait retour.

Le poumon droit, qui était le plus pris depuis le milieu d'octobre, et au sommet duquel j'avais déjà pu constater des *craquements secs* en avant et en arrière, offrait des *craquements humides* dans un point limité, sous la clavicule en dehors, et bientôt une douleur vive, appelant mon attention, me permit d'en constater en bas, toujours en avant et du même côté. La matité ne s'était guère accrue; mais la respiration était partout plus obscure, plus bouillonnante, l'expiration plus rude, et le retentissement de la voix s'entendait beaucoup plus près de l'oreille, surtout à droite en arrière, en haut. La gravité des conjonctures était en outre accusée, le soir, par les sueurs et le pouls à 130 de la fièvre hectique.

J'eus recours de nouveau aux pilules de Blancard, dont j'avais deux fois été à même de constater l'action sur cette organisation scrofuleuse, et j'en administrai le même jour quatre.

Le lendemain, sans plus tarder, les crachats purulo-sanglants reparaissaient, accompagnés cette fois de sang pur, avec sensation de chaleur et picotement caractéristique à la gorge. C'était le lundi 13 novembre au soir.

Deux dragées d'ergotine Bonjean et 2 décigrammes d'extrait de digitale me garantirent la nuit; mais l'hémoptysie resta menaçante durant huit jours, malgré 1 gramme d'ergotine et 1 décigramme de digitale tous les jours.

C'est à ce moment que je fus ramené, par la gravité des accidents et l'évidence de la congestion, vers la médication kermétique, à laquelle je n'avais, au début, renoncé qu'à regret.

La première potion offrait la composition suivante :

Eau distillée		80 grammes.
Kermès		$0^{gr},25$
Extrait kina mou		0 ,75
Ergotine		1 ,00
Gomme arabique en poudre		4 ,00
Sirop de menthe	} ãã	20 ,00
— de mûre		

Les quantités de kina et de kermès s'élevèrent parallèlement jusqu'aux doses respectives de 2 grammes et $0^{gr},60$, qui furent maintenues durant quatre jours de suite, et je continuai 1 décigramme de digitale jusqu'au 25.

A cette date, un matin, le pouls était tombé à 80, petit et résistant; on accusait une légère sensation d'ardeur à la gorge et le long de la trachée. En conséquence, et dans la vue de ne pas entraver l'apparition des règles, je supprime la digitale et remplace la potion par l'huile de foie de morue blonde, à la dose de deux cuillerées à bouche prises avant le premier repas du matin et celui du soir.

Si maintenant nous mesurons le chemin parcouru dans ces onze jours, nous constatons dans les symptômes un amendement qui contraste singulièrement avec les signes indiqués plus haut, et surtout avec la marche que semblait prendre la maladie. Plus de *craquements* nulle part, en effet, ni de douleur de poitrine; la respiration est devenue moins obscure, et le retentissement de la voix, aussi

bien que les vibrations thoraciques, perçues à l'aide de la main, ont notablement diminué; les crachats sont devenus très-abondants et faciles, la toux presque nulle; la fièvre est tombée; les sueurs et les vertiges sont supprimés; l'appétit renaît et les forces se rallient de toutes parts. Les conjonctives oculaires reprennent même un peu de couleur, mais les ganglions du cou et de l'occiput, qui avaient diminué sous l'influence de l'huile iodée, restent durs. Enfin la malade quitte un peu son lit, et, par une combinaison ingénieuse, due à l'initiative de son entourage, évite la fatigue d'un lever trop prolongé en se recouchant quatre fois par jour. On eût pu se faire illusion, tant la convalescence avait l'air de s'établir franchement, sans paraître se soucier de la diathèse. Les alternatives qui suivirent ensuite durant de longs mois, pour être moins cruelles, n'en démontrèrent pas moins tout le prix du résultat obtenu dans cette circonstance avec l'exactitude du diagnostic.

Il faut à présent faire la part des différents éléments thérapeutiques mis en usage : je crois pouvoir montrer, par une analyse exacte des indications et des phénomènes produits, qu'aucun n'a été annulé par son voisin et que tous ont concouru pour leur part au but commun en doublant même leur énergie par l'association. C'est ainsi que, pour l'action du kermès, la diminution de la toux et surtout l'abondance et la facilité de l'expectoration sont des signes infaillibles que l'on ne retrouve pas toujours, je dois le dire, à un pareil degré dans son alliance avec le quinquina. Mais n'est-il pas permis de penser, d'après Récamier et M. Trousseau, que l'hémorrhagie parenchymateuse du poumon a en pu être influencée? Et si celle-ci a été principalement combattue par l'ergotine et la digitale, ces toniques des capillaires et du cœur n'ont-ils pas modifié et la toux et la fièvre? Quant au quinquina, comment l'accuser maintenant d'avoir neutralisé aucun effet thérapeutique? Il en a évidemment facilité plusieurs, et c'est en outre à lui, au secours opportun qu'il a prêté à l'organisme en détresse, que celui-ci doit d'avoir pu utiliser les autres moyens de salut.

La poursuite simultanée des indications est, j'en conviens, une voie périlleuse et dans laquelle on peut aisément faillir; mais c'est toujours, lorsqu'elle est praticable, la plus courte et quelquefois la seule qui offre des chances de salut. Peut-être a-t-elle l'inconvénient d'obscurcir, au point de vue expérimental, la netteté des résultats; mais on conviendra que c'est là une considération extrêmement secondaire, et je ne pense pas que l'on songe ici à contester l'action du kermès, parce qu'elle a été corroborée par d'utiles auxiliaires. Cette action était si réelle que l'arrêt de la potion fut immédiatement suivi d'un sentiment superficiel mais très-agréable de bien-être,

masqué jusqu'alors par l'ennui d'une expectoration abondante.

Si la guérison n'a pas et ne pouvait pas couronner immédiatement mes efforts, du moins le résultat qu'il est permis de se proposer était atteint. La malade avait *duré*, et elle avait acquis une provision de forces nécessaires pour subvenir aux exigences de la lutte, moins vive mais beaucoup plus prolongée, qu'il lui restait à soutenir.

En effet, le pouls, affranchi de digitale, remonte bien vite, et le 28 il est à 106 ; la toux reparaît aussi un peu et motive l'emploi de quelques gouttes de laudanum, de temps à autre, le soir. Cette petite tentative de révolte n'a heureusement pas de suite, et le 9 décembre les règles paraissent. Elles sont suivies d'un choc en retour vers les régions supérieures, accusé par la congestion de la tête et un seul crachat coloré, qui nécessitent l'application de sinapismes.

L'amélioration se prononça surtout durant le mois de janvier 1866, où les doses d'huile atteignirent six cuillerées, la toux et les crachats diminuant rapidement.

Le 11 janvier, le pouls bat 90 fois.

Le 29, 82 fois seulement.

Le 20 février, pouls à 73.

Toux presque nulle; — expectoration de crachats rares beaucoup plus aérés ; — à peine sub-matité en arrière en haut ; — souffle doux vésiculaire; — respiration à peine prolongée, même à droite; — face un peu bouffie; estomac bien; — quelques douleurs erratiques dans la poitrine.

On constate toujours au toucher un ganglion occipital, et un autre au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, à droite.

Le 8 mars, sous l'influence d'un refroidissement, douleurs dans la poitrine; — *toux; — insomnie; — matité* un peu plus accusée en arrière, à droite; — *retentissement* modéré de la voix, à l'angle de l'omoplate, avec quelques craquements du même côté.

Pouls à 100.

Il eût été alors fort utile de revenir à la potion kermès-kina, mais, voyant qu'il n'y avait pas péril en la demeure, je jugeai qu'au point de vue du traitement il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à ébranler la foi heureusement mise par la malade en l'huile de morue, sous l'inspiration d'un entourage dévoué, et je négligeai forcément cette occasion d'agir sur l'appareil pulmonaire. Le mois de mars se passa péniblement. Cependant l'adoucissement de la saison me vint en aide et l'amélioration reprit son cours sous l'influence des hautes doses d'huile de morue.

L'action de ce médicament, pour qu'elle soit efficace, réclame impérieusement le concours de l'application rigoureuse du système de reclusion que j'ai adopté et sans lequel je ne conçois pas l'existence des phthisiques sous notre climat durant la saison froide.

C'est ainsi que ma malade est restée prisonnière plus de six mois, durant lesquels j'ai deux ou trois fois observé le mauvais effet de la simple translation d'une chambre à une autre, à laquelle j'ai dû renoncer.

Rien ne saurait prévaloir dans mon esprit contre cette conviction, et lorsqu'on allègue l'ennui inhérent à cet emprisonnement que l'on peut qualifier de cellulaire, l'étiolement prétendu consécutif au manque d'air, la perte de l'appétit causée par le défaut d'exercice, ce ne sont là, pour moi, qu'autant de sophismes qui font perdre de vue la protection de l'organe attaqué.

Aussi, je le répète, je considère comme indispensable le maintien des malades de cette catégorie au sein d'une atmosphère immobile, avec une température de 13 à 15 degrés, tant qu'ils restent sous le coup de menaces paroxystiques.

Bien que l'observation d'un tuberculeux ne doive guère être jamais considérée comme close, je puis cependant terminer au 15 juin 1866 l'histoire de la phase qu'a traversée la demoiselle ***. A cette époque, elle offre les signes extérieurs d'une bonne santé, mais, malgré l'état satisfaisant des fonctions digestives, elle conserve un cachet de débilité constitutionnelle accusée par des chairs molles et flasques et une faiblesse qui se manifeste à la moindre fatigue, sans essoufflement. La toux et l'expectoration muqueuse persistent en outre à un faible degré. Les renseignements stéthoscopiques irrécusables accusent pour leur part la persistance de l'affection par une résonnance moindre à la percussion du côté droit de la poitrine, en haut, avec murmure vésiculaire moins net que dans les autres points. Il existe aussi une expiration égale en durée à l'inspiration sous les clavicules, principalement à gauche. Quant à la voix bronchique, elle a complétement disparu, et aucun artifice respiratoire ne saurait faire découvrir de craquements.

Il ne m'est donc pas permis de considérer ma tâche comme accomplie, et, forcé de renoncer pour un temps à l'hulle de morue en raison de la chaleur et du dégoût manifesté par la malade, j'ai confié provisoirement la tutelle de ce médiocre organisme aux préparations antiscorbutiques, secondées par l'Eau-Bonne à petite dose.

Dr A. de Courval,
La Ferté-Alais (Seine-et-Oise).

A Monsieur le Rédacteur en chef du Bulletin de Thérapeutique.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai lu dans le numéro du 15 juillet dernier, p. 43, du *Bulletin de Thérapeutique*, la formule d'un électuaire fébrifuge préconisé autrefois par le professeur Lobstein, d'après le dire du docteur Huntz, qui le recommande surtout contre les fièvres intermittentes d'Afrique.

Je ne sais si feu mon père, docteur de l'Ecole de Montpellier, et ancien élève des célèbres Fouquet et Petit, aurait emprunté cette formule à la pratique du professeur illustre de Strasbourg, ou si, par une heureuse coïncidence, ils auraient eu spontanément la même inspiration médicale; tout ce que je puis affirmer, c'est que depuis plus de cinquante ans mon père employait avec succès, dans sa clientèle, ce précieux antipériodique, que j'ai cherché, il y y a quatorze ans, à tirer de l'injuste oubli auquel il avait été condamné, par la publication, dans les journaux de Paris et de Montpellier, d'un article sous le titre de *Réhabilitation d'un ancien électuaire contre les fièvres intermittentes rebelles* (voir le numéro 13, 1er juillet 1852, p. 351 et suiv. du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, et le numéro 14, 30 juillet 1852, de la *Revue thérapeutique du Midi*).

Mon but aujourd'hui est moins de mettre sur le tapis une simple question de priorité, à laquelle je n'attache pas beaucoup d'importance, que d'appeler de nouveau la sérieuse attention des lecteurs de votre journal sur la puissante efficacité de cette préparation quinacée, qui m'a très-rarement fait défaut dans ces cas de fièvres qui, accompagnées de tout le cortége des symptômes de la cachexie paludéenne, semblent se jouer des efforts thérapeutiques du médecin. Il me serait aisé de citer à l'appui de cette vérité plus de vingt-cinq guérisons de fièvres rebelles au sulfate de quinine et aux préparations arsenicales, toutes compliquées d'hypertrophie de la rate ou du foie, dont cinq obtenues sur des militaires d'Afrique, et les vingt autres sur des religieuses de la Présentation qui nous arrivent à la maison mère de Bourg-Saint-Andéol, des environs d'Arles, des Martigues, des Saintes-Maries et autres succursales de l'institut, infectées par les effluves marécageux des étangs maritimes.

J'ai fait cette observation, que les cures de ces pyrexies intermittentes, le plus souvent à type quarte ou quotidien, étaient d'autant

plus promptes et plus solides, que les évacuations alvines bilieuses provoquées par le médicament avaient été plus abondantes.

Je reproduis ici la formule extraite des notes de mon père, laquelle ne diffère de celle du professeur Lobstein que par l'excipient sirupeux :

Pr. Quinquina rouge pulvérisé................	40 grammes.
Rhubarbe pulvérisée.....................	15 grammes.
Hydrochlorate d'ammoniaque............	5 grammes.
Sirop de fleurs de pêcher................	Q. S.

Mêlez et faites un électuaire à diviser en vingt paquets.

Prescription. — Pendant cinq jours consécutifs, et sans avoir égard aux jours de l'accès, prendre quatre de ces paquets dans la journée, enveloppés dans un morceau d'hostie préalablement humecté, à une heure de distance l'un de l'autre, et de manière à ce que la dernière prise soit ingérée dans l'estomac deux heures au moins avant l'heure présumée du paroxysme. Pour faciliter la déglutition du remède, on peut diviser chaque paquet en quatre ou cinq bols que l'on avale de file, immédiatement l'un après l'autre.

Dans l'espoir que vous voudrez bien faire insérer cette lettre dans le prochain numéro de votre excellent journal, je vous prie, monsieur et très-honoré confrère, de vouloir bien agréer l'assurance de mes parfaites sympathies et de mes sentiments les plus distingués.

Dr A. Cade,
(Bourg-Saint-Andéol).

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Voies d'introduction des médicaments, applications thérapeutiques*, thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de médecine et de médecine légale), et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 19 mars 1866, par le docteur E. Baudot, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des hôpitaux et de la Faculté.

2° *De l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique* (même concours), thèse par Constantin Paul, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, membre titulaire de la Société anatomique.

3° *De la Révulsion*, par Maurice Raynaud, docteur en médecine, docteur ès lettres, médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique (thèse présentée pour le même concours).

Nous aurions aimé à rapprocher et analyser d'un trait rapide toutes les thèses qui se sont produites à propos du dernier concours

pour l'agrégation en médecine : outre que c'eût été pour nous une occasion nouvelle d'applaudir à des efforts souvent heureux pour mettre en lumière un point de science déterminé, il y a, dans le choix des sujets proposés par la Faculté aux nombreux compétiteurs qui ambitionnent l'honneur de s'asseoir pendant quelques années auprès de maîtres illustres, comme une sorte de signe du temps qui traduit les préoccupations actuelles, où marque la voie où se dirigent principalement les esprits à une heure donnée de l'évolution scientifique ; et ce n'est pas sans quelque intérêt peut-être que nous embrasserions d'un seul coup d'œil les perspectives variées qu'ouvrent aux intelligences réfléchies des questions en général très-judicieusement choisies. Malheureusement force nous est, pour rester fidèle au programme du *Bulletin général de Thérapeutique*, de choisir entre ces sujets ceux qui s'éloignent le moins de la direction habituelle de ce journal, et nous n'en voyons pas qui soient aussi nettement marqués de ce caractère que ceux dont les titres figurent en tête de cette notice.

La première de ces thèses, qui traite de la voie d'introduction des médicaments dans l'organisme vivant, touche assurément à une des questions les plus intéressantes qu'on puisse soulever à propos d'un grand nombre d'applications thérapeutiques. L'auteur de cette thèse, M. le docteur Baudot, a tout d'abord, dans un historique rapide, esquissé les progrès de la thérapeutique quant aux procédés à l'aide desquels elle s'est efforcée d'introduire dans l'organisme souffrant les agents propres à rétablir l'équilibre des fonctions troublées. L'auteur remarque judicieusement qu'ici, comme dans une foule de cas où un progrès s'accomplit dans une direction scientifique quelconque, les progrès se commandent en quelque sorte et s'appellent. C'est ainsi que la méthode hypodermique, dont les premières applications rigoureuses ont été exposées dans ce journal même, eut sa raison d'être dans la découverte des alcaloïdes. L'esprit judicieux de l'auteur, à travers lequel se révèle un observateur attentif et laborieux, se montre également dans les appréciations plus ou moins étendues auxquelles il soumet les diverses et nombreuses méthodes d'introduction des médicaments dans le milieu vivant. Tout en maintenant que la surface intestinale reste toujours une des voies les plus sûres pour arriver au but, il démontre clairement que la voie hypodermique a sur celle-ci, dans un certain nombre de circonstances dont il signale les principales, une supériorité d'efficacité probable qui doit la lui faire préférer. La méthode atmiatrique ou respiratoire est également, dans cette thèse, l'objet d'une

critique où se révèle un sens médical déjà développé. M. Baudot a parfaitement compris, quant à une des faces les plus originales de cette intéressante question, que si l'utilité de la pulvérisation des liquides, telle que l'a conçue M. Sales-Girons, n'est pas encore complétement démontrée, il y a là une vue saine que l'avenir peut utilement élargir. En deux mots, la thèse de notre savant et judicieux confrère témoigne de qualités précieuses que l'avenir ne peut manquer de développer.

De l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique, tel est le sujet échu à M. le docteur Constantin Paul. Bien que les questions nombreuses qui, à cette heure, se posent à ce propos dans la science, touchent plus encore à la spéculation scientifique qu'à la pratique proprement dite, on sent plus encore qu'il n'a été démontré que celle-ci peut un jour tirer profit des recherches qu'on a poursuivies dans cette direction. M. Constantin Paul montre clairement qu'il a foi dans ces promesses, et nous ne doutons pas que si les tendances de son esprit le poussent dans cette voie utile d'investigation, il ne concoure à l'élucidation des questions nombreuses que couvre cet intéressant programme. La thèse de notre jeune et savant confrère se partage en trois parties distinctes : dans la première, l'auteur traite de l'antagonisme entre les maladies; dans la seconde, de l'antagonisme entre la médication et la maladie; dans la troisième enfin, de l'antagonisme des médications entre elles. Nous ne souscririons certainement pas à toutes les conclusions par lesquelles M. le docteur Constantin Paul résume son intéressant travail; d'abord parce qu'il en est quelques-unes qui sont loin d'être démontrées, et ensuite parce qu'il en est quelques autres auxquelles il n'est peut être arrivé que par une sorte d'entraînement spéculatif qui court au-devant des faits, au lieu de les attendre patiemment. Mais, cette réserve faite, nous n'hésitons pas à recommander à ceux qui s'intéressent aux hautes questions de pathologie et de thérapeutique générales la lecture du travail d'un esprit éminemment chercheur, et qui ne doit pas aimer à dormir dans l'ornière. Quant à ceux que ces questions préoccupent, absorbés qu'ils sont par les exigences de la pratique, ils y pourront butiner des choses utiles; qu'ils lisent par exemple tout ce qui a trait à la question de l'antagonisme réciproque de l'opium et de la belladone, et nous sommes convaincu que, s'ils avaient conservé quelques doutes sur la réalité de cette opposition des deux substances vis-à-vis de l'organisme, M. Constantin Paul leur démontrera que ce doute est tout au moins une réserve excessive. Pour nous, nous avons lu la thèse de notre

judicieux confrère avec un intérêt réel, et nous sommes convaincu que tous ceux qui la liront avec la même indépendance d'esprit en recevront la même impression.

Homme d'esprit et de science, et esprit très-exercé par des études diverses, nous aurions désiré qu'une autre question que celle de la révulsion fût échue à M. Maurice Raynaud. Mais on ne possède point impunément ces brillantes qualités, et elles trouvent toujours la voie qui leur permet de se produire. Notre très-intelligent confrère n'a point hésité, malgré les éclats d'une discussion académique où le scepticisme de plusieurs s'est exprimé sans vergogne, à affirmer la réalité de la révulsion thérapeutique. Nous ne suivrons pas l'auteur dans sa solide et lumineuse discussion : nous ferons seulement remarquer que, si rebattue que soit cette question, il a su la rajeunir et y intéresser, en l'illuminant de toutes les clartés que la physiologie a répandues sur une foule de points de la biologie. Ce qui appartient encore plus à l'auteur, c'est l'analyse judicieuse qu'il a faite des éléments divers qui entrent, à doses inégales, dans le fait complexe de la révulsion ; là est peut-être la clef des divergences qui se sont produites, et se produisent encore tous les jours, quand il s'agit d'apprécier l'utilité de cette méthode thérapeutique dans les maladies qui l'appellent. A ceux que la discussion académique à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure aurait ébranlés dans leur conviction à l'endroit de cette médiation des siècles, nous conseillons de lire et de méditer, comme un utile correctif, la thèse de M. Maurice Raynaud; ils y verront resplendir dans toute sa réalité le grand fait de l'efficacité possible de la révulsion, fait si authentique qu'il s'est imposé à toute théorie, et qu'il a survécu à toutes les vicissitudes de la science et de l'art. Comme, en même temps qu'il est un médecin aussi instruit que sagace, M. Maurice Raynaud est un très-correct et très-habile écrivain, qu'on me permette, en finissant, de citer un court passage de son travail, qui, mieux que tout ce que nous pourrions dire, prouve que si l'auteur admet la réalité de l'action thérapeutique dont il s'agit, il ne dissimule pas la difficulté de la démonstration. « Cette preuve, dit M. Raynaud, n'était peut-être pas inutile à donner, car les dénégations formelles ont toujours un certain retentissement chez les meilleurs esprits, en thérapeutique surtout, où le doute est le commencement de la sagesse. J'ai tâché d'être difficile en fait de preuves ; on pourra l'être davantage encore. On pourra dire que, dans une foule de cas, on ne peut savoir si un révulsif réussira, ou s'il doit échouer ; que, lors même qu'il a réussi, on ne peut pas

toujours déterminer quelles ont été les conditions du succès, et qu'il résulte de tout cela de grandes obscurités pour la connaissance des indications. D'accord ; mais enfin il y a une limite où, de négation en négation, et d'étape en étape, il faut pourtant que le doute s'arrête. Il suffit qu'il s'arrête à l'avant-dernière, il suffit qu'il y ait un seul fait de révulsion bien et dûment constaté, pour qu'il soit du droit et du devoir de la science de chercher à l'interpréter. » Si, au milieu de tous les abus de l'esprit, il reste encore quelque logique dans notre petit monde médical, on donnera son assentiment à cette rigoureuse conclusion, et l'on continuera à compter parmi les médications utiles la méthode de la révulsion dans les grands procédés que la tradition a consacrés.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Paraplégie.—Cautérisations multiples au fer rouge.—Guérison [1]. — Bonnet (Eugène), cinquante-trois ans, employé de commerce, exposé à faire de longues courses, entre à l'hôpital de la Charité (service de M. Monneret).

En 1861, il a été pris d'une sciatique qui a persisté quinze mois, malgré les bains sulfureux, les vésicatoires, les frictions de toute espèce. Il s'était jusque-là bien porté; sa vie est régulière. On ne découvre sur lui aucune trace de syphilis.

Au mois de mai 1865, il entrait à la Charité (service de M. Pelletan) pour une paraplégie dont il venait d'être atteint à la suite d'une diarrhée excessivement intense. Pendant une nuit entière, le malade a été tourmenté par des besoins répétés d'aller à la garde-robe. Les selles étaient liquides et noirâtres. Le matin, il lui a été impossible de se lever. La diarrhée a cependant continué, et ne s'est arrêtée qu'au bout de quarante-huit heures. Il ne restait plus alors que la paraplégie et des douleurs lombaires. Ces douleurs très-aiguës s'exaspéraient encore par la pression et les mouvements; elles s'irradiaient dans les cuisses et dans les parois abdominales. M. Pelletan a traité la maladie par les ventouses scarifiées, les bains sulfureux et quelques cautérisations transcurrentes. Lorsque le malade est sorti (4 octobre), son état s'était amélioré. Il marchait en se soutenant avec une canne. La jambe gauche, beaucoup

[1] Observation recueillie par M. Lafaurie, interne des hôpitaux.

plus faible que la droite, trainait assez pour rendre la marche encore difficile.

Le 11 février 1866, après une course au-dessus de ses forces, Bonnet est pris de frissons, et le lendemain la paraplégie avait reparu. Il n'y avait eu ni douleurs de reins, ni diarrhée. Les urines ont été supprimées pendant deux jours.

Le 14 février, jour de l'entrée, on constate ce qui suit : Mouvements des muscles inférieurs lents et difficiles, malgré les efforts du malade. Soulevés, ils retombent presque aussitôt. La station est très-pénible. Le malade sent le contact du sol, mais il tremble sur ses jambes, et se laisse affaisser lorsqu'on exerce sur lui une pression même peu considérable. Si on le soutient, il fait mouvoir ses membres, mais la plante du pied traîne à terre. Celui du côté gauche paraît surtout affecté. La sensibilité à la douleur et au toucher est un peu exaltée. Il n'existe aucun trouble des fonctions organiques. La colonne vertébrale n'est douloureuse en aucun point de son trajet; elle a sa conformation normale.

On fait prendre des bains sulfureux.

8 mars. Il n'y a pas d'amélioration. Le malade est obligé de garder le lit. M. Monneret essaye les points de feu le long de la colonne vertébrale. Tous les deux jours, vingt à vingt-cinq de ces points ont été régulièrement appliqués jusqu'au 1er juin. On commençait à la région sacrée en remontant vers la nuque à mesure que les parties inférieures avaient été touchées, puis on recommençait au point de départ, lorsque toute la région vertébrale avait été cautérisée de bas en haut. Pour cela, on s'est servi d'un cautère olivaire, rougi à blanc, dont l'extrémité se terminait par une surface très-étroite. Cette extrémité, appliquée aussi légèrement et aussi rapidement que possible sur la surface cutanée, y produisait une brûlure très-superficielle, de la largeur à peine d'une pièce de 5 francs en or. Elle était douloureuse au moment de l'application seulement. Quelques jours après, il n'en restait plus trace sur la peau. Si, au contraire, le cautère avait brûlé trop profondément, il en résultait une légère cicatrice.

Aucune amélioration ne s'est d'abord fait sentir, mais bientôt, après chaque cautérisation, le malade ressentait dans la journée quelques lancements dans les membres inférieurs. Les mouvements sont ensuite devenus plus faciles. Enfin, le 1er mai, le malade a commencé à se lever, et depuis il s'est levé chaque jour, et s'est toujours trouvé de mieux en mieux, à ce point qu'il réclamait lui-même les cautérisations, malgré la douleur ressentie à chaque séance.

18 juin. Le malade part pour Vincennes. Il est maintenant ferme et solide sur ses jambes. La jambe gauche seule paraît encore affectée. Le pied porte à plat de ce côté. La marche d'ailleurs se fait sans soutien, et le malade se sent très-bien alternativement tantôt sur un pied, tantôt sur l'autre. En un mot, son état est aussi satisfaisant que possible. Pas de douleurs.

1er août. Le malade revient de Vincennes. Il marche parfaitement et assez vite sans avoir besoin de canne. Il est en ce moment à la recherche d'une place, et il peut faire toutes ses courses à pied. Il ne reste aucune trace des cautérisations qui ont été pratiquées.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Absence congénitale du vagin; création d'un vagin artificiel; guérison. L'absence congénitale du vagin est un fait assez rare, bien connu toutefois dans la science. Elle peut être plus ou moins complète; mais il n'est pas fréquent qu'elle soit aussi étendue que chez la malade dont il s'agit ici. Du reste, il n'y a pas à s'occuper de ce vice de conformation quand il s'y joint, ainsi qu'il arrive quelquefois, l'absence connexe de l'utérus et des ovaires, puisqu'il n'en résulte alors aucun inconvénient pour la santé. Mais il n'en est plus de même si les organes internes de la génération existent; car l'établissement de la menstruation est, dans ce dernier cas, suivi d'accidents qui se renouvellent à chaque retour de l'époque cataméniale, et ces accidents, troublant la santé, mettant même la vie en danger, obligent l'art à intervenir.

Quelles sont les ressources de la chirurgie dans de telles conditions, c'est-à-dire non pas quand il y a simple occlusion du vagin, mais absence plus ou moins complète de ce conduit? On a proposé et fait la ponction par le rectum, par le périnée; la première facile, la seconde difficile au contraire et qui expose à léser des organes importants, mais ayant l'une et l'autre de graves inconvénients. Amussat, imité depuis par A. Bérard, a pratiqué, à l'aide des doigts, le décollement de l'urètre et du périnée; mais c'est un procédé d'une exécution longue et difficile. M. Dolbeau a préféré une opération plus régulière, qui sera exposée ci-dessous, dans le cas dont nous allons rendre compte sommairement.

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de quinze ans, d'une complexion délicate, quoiqu'elle n'ait jamais été sérieusement malade, chez laquelle des accidents consistant surtout en douleurs des reins et du bas-ventre, renouvelées deux fois à un mois d'intervalle, ont conduit à découvrir le vice de conformation qu'elle porte, resté jusque-là non soupçonné. L'examen des organes génitaux externes ne donne aucune idée de la difformité dont elle est atteinte : grandes et petites lèvres, clitoris, méat urinaire, hymen, tout est régulier; mais si l'on introduit un stylet par un petit orifice dont l'hymen est percé, on constate que l'instrument est brusquement arrêté après un trajet de quelques millimètres. Le toucher rectal fait reconnaître, à 6 centimètres de profondeur, la présence d'une saillie dure correspondant à la paroi antérieure de ce canal, allongée en forme de boudin, et qui semble remonter vers le pubis en empiétant un peu à droite. Le palper abdominal ne donne que des signes vagues : un peu de résistance à droite du bas-ventre, légers mouvements communiqués par la pression du doigt rectal sur la tumeur; rien, sur la ligne médiane, qui paraisse correspondre au fond de l'utérus. Une sonde portée dans la vessie, tandis que le doigt reste dans le rec-

tum, fait reconnaître que la paroi postérieure de l'urètre se confond avec la paroi antérieure de l'intestin dans une étendue de quatre centimètres, jusqu'au niveau de la tumeur qui vient les séparer. Les résultats de cet examen physique, combinés avec la connaissance des symptômes périodiques ci-dessus notés, conduisent à cette conclusion, qu'il y a absence du vagin, mais avec existence des ovaires et de l'utérus; que celui-ci est probablement bicorne, et que le sang vient de sa corne droite qu'il remplit et distend.

Voici en quoi consiste l'opération pratiquée par M. Dolbeau. L'urètre porté en avant à l'aide d'un cathéter, le chirurgien porte en arrière le rectum au moyen de l'index de la main gauche. Entre les deux conduits, il fait sur le périnée une incision transversale, comme pour la taille prérectale du professeur Nélaton. Il essaye ensuite de décoller les parties molles, reprenant le bistouri s'il rencontre des résistances, et les sectionnant avec précaution pour ne rien léser d'important. Arrivé sur la tumeur, il en pratique l'ouverture aussi largement que possible, de manière à avoir un écoulement facile, se réservant, suivant la largeur de l'ouverture et la quantité de liquide qui s'en écoulera, d'introduire ou non dans la plaie une canule ou une mèche pour la maintenir béante.

L'opération a été pratiquée suivant ce procédé le 22 mai : la première incision faite, le décollement à l'aide des doigts a été facile, et le bistouri n'a dû être repris que pour terminer par une seconde incision profonde, après laquelle des caillots sanguins noirâtres sont sortis, et le doigt a pu pénétrer jusqu'au col utérin peu volumineux ; aucune ligature n'a été nécessaire. Les suites ont été très-simples : pendant les premiers jours, expulsion encore de quelques caillots sanguins, suivie d'une suppuration de bonne nature, d'abord assez abondante, mais qui a diminué peu à peu, et a fini par ne plus consister qu'en un suintement à peine appréciable. L'ouverture étant très-large, ni mèches, ni canules n'ont été jugées nécessaires ; seulement, pour la maintenir, le toucher vaginal a été pratiqué tous les deux jours. Depuis l'opération, une époque menstruelle s'est passée sans que les règles aient paru ; mais cela peut être attribué à la constitution de la malade ; il y a lieu de croire que la menstruation s'établira, et, en ayant soin de surveiller l'état de l'ouverture vaginale artificielle, que le sang excrété prendra à l'avenir son cours sans accidents. (*Gaz. des hôpitaux*, 1866, nº 84.)

Propriétés emménagogues de la podophylline. Depuis que les travaux des physiologistes et des gynécologues modernes ont élucidé la véritable nature et l'essence de la menstruation, la confiance dans les agents dits emménagogues a dû nécessairement s'amoindrir, et le nombre des médicaments reconnus pour tels diminuer également. Cependant l'on comprend que les substances qui, par une action en quelque sorte élective, amènent un état congestionnel des organes contenus dans le bassin, peuvent être aptes à avancer la maturation d'un ovule peut-être, et certainement à faciliter l'apparition du phénomène qui est le signe extérieur de cette maturation, à savoir l'écoulement du sang par l'orifice utérin. Ainsi agit l'aloès sur la fonction menstruelle; ainsi, sans doute, agirait aussi la résine du podophyllum, s'il y a autre chose qu'une simple coïncidence dans les faits qui ont suggéré à M. Eastlake les remarques présentées par lui à la Société obstétricale de Londres, en janvier dernier. Ce médecin dit avoir observé un effet emménagogue dans plusieurs cas où il avait prescrit la podophylline contre la constipation. Il y aura donc lieu de vérifier cliniquement si, conformément à ce qui est avancé par notre confrère anglais, la substance en question joint en réalité à ses propriétés évacuantes, vraiment précieuses, l'avantage d'activer le travail menstruel et de faire paraître les règles. (*Soc. obst. de Londres*, in ***British med. journ.***, janvier 1866.)

Emploi de l'iodoforme. L'iodoforme, préconisé en France par M. le professeur Bouchardat, n'a pas peut-être obtenu chez nous toute l'attention qu'aurait dû lui valoir un tel patronage; ce qu'il y a de certain, c'est que les praticiens français ne font pas souvent usage de cette substance. Il n'en est pas tout à fait de même de l'autre côté de la Manche, sans que l'iodoforme y soit cependant entré d'une manière complète dans la pratique courante. Cela peut tenir, au moins en partie, dans l'un et l'autre pays, à son prix, qui ne le met pas à la portée de tous les malades.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que, dans la séance du 3 janvier dernier de la Société obstétricale de Londres, deux de nos confrères anglais se sont loués de ce médicament qu'ils ont employé surtout comme anodin dans diverses circonstances, soit en l'appliquant localement, soit en le faisant ingérer dans l'estomac. C'est surtout contre les douleurs causées par le cancer utérin, et topiquement. que M. Eastlake a eu recours à l'iodoforme, et il dit l'avoir fait avec les meilleurs résultats, en le portant sous forme de pessaire médicamenteux jusque sur la partie malade. Le docteur Greenhalgh a également mis à contribution cette même substance, comme calmant et aussi à titre d'altérant; mais c'est à l'intérieur qu'il l'a administrée. Après l'avoir essayée d'abord à des doses d'un quart de grain, il n'a pas tardé à reconnaître qu'on pouvait l'administrer plus largement, et il la donne maintenant sous forme de pilules de trois à cinq grains trois fois par jour. Comme M. Eastlake, et sur sa recommandation, c'est d'abord contre les douleurs du cancer de l'utérus que M. le docteur Greenhalgh a prescrit l'iodoforme; mais ensuite il en a étendu l'usage à d'autres maladies, telles que le rhumatisme goutteux, les névralgies et autres affections douloureuses; dans le plus grand nombre des cas, il dit en avoir obtenu de bons effets. L'iodoforme, donné à forte doso d'un seul coup, peut, suivant les remarques du même observateur, déterminer des nausées et des vomissements; mais, autrement, il est exempt de toute espèce d'inconvénients, et, en outre, il aurait l'avantage de ne donner lieu à aucun de ces symptômes fâcheux qui suivent si souvent l'administration de l'opium. (*Soc. obst. de Londres*, in *British med. journ.*, janvier 1866.)

Luxation du fémur, réduction facile par le procédé de Reid. Le 26 mars dernier, un jeune homme de dix-sept ans, fort et vigoureux, luttant avec un de ses camarades, glissa et tomba, entraînant dans sa chute son adversaire, qui tomba sur lui. En essayant de se relever, il s'aperçut qu'il ne pouvait se tenir debout; il fallut aller chercher du secours et transporter le blessé chez lui, où on le mit au lit. Ses parents, pensant qu'il ne s'agissait que d'un accident sans gravité, crurent d'abord que le repos suffirait pour en faire disparaître les suites. Ce ne fut que le lendemain matin que, voyant le malade en proie à de vives douleurs et la hanche droite occupée par une tuméfaction considérable, ils se décidèrent à appeler un médecin, qui, à son tour, fit demander M. Collyns en consultation. Le malade ayant été mis debout, la raccourcissement du membre et la déviation du pied et du genou dénotèrent une luxation du fémur en haut, sur la crête iliaque, et un examen attentif fit découvrir dans sa nouvelle situation la tête de l'os déplacé. Ce point établi, il s'agissait de décider quel mode de traitement il conviendrait d'adopter, et, comme on n'avait sous la main aucun appareil usité en pareil cas, M. Collyns proposa d'essayer la méthode de réduction indiquée par le docteur Reid. En conséquence, le jeune blessé ayant été étendu sur le dos sur un matelas dur, et soumis à l'influence du chloroforme, le chirurgien, à genoux sur le matelas, fléchit la jambe sur la cuisse, portant le genou en haut et en dedans jusqu'à ce que la cuisse, complétement fléchie elle-même, touchât la face antérieure de la poitrine; plaçant alors une main sur le genou, et de l'autre saisissant le pied, il porta le membre dans l'abduction forcée en même temps qu'il le redressait; à ce moment il sentit d'une manière très-distincte la tête du fémur accomplir un mouvement de rotation et rentrer avec bruit dans la cavité cotyloïde.

La facilité avec laquelle la réduction fut obtenue dans ce cas, après un délai de quatorze heures, est bien propre à recommander le mode de traitement mis en usage par notre confrère anglais, d'autant qu'il dispense de tout l'appareil autrefois employé, qu'il permet de se passer d'aides nombreux, et qu'il ne demande ni embarras ni perte de temps: dans le cas qui vient d'être rapporté, la réduction fut opérée dans l'espace de deux minutes. (*British med. journ.*, 28 avril 1866.)

Travail compliqué de rupture de l'utérus; extraction du fœtus par la version; guérison. La rupture de l'utérus pendant l'accouchement est un accident de la dernière gravité, bien propre à épouvanter le praticien; cependant les suites n'en sont pas au-dessus de toute ressource, ainsi que le montre le fait suivant, qui n'est pas le seul dans les archives de la science.

Femme de quarante-six ans en tra-

vail pour la onzième fois, après avoir eu jusque-là des couches promptes et faciles. Lorsque le docteur Cox, de Welford, arriva auprès d'elle, il trouva le col se dilatant librement, la tête en présentation et déjà descendue à une petite distance du périnée, les contractions régulières, assez fréquentes, mais pas très-fortes. Une demi-heure après, il survint un vomissement et il se produisit une douleur extrêmement intense, après quoi les douleurs disparurent; la malade disait qu'il lui avait semblé que quelque chose s'était rompu dans son corps. En même temps, traits grippés, physionomie anxieuse, respiration laborieuse et précipitée, pouls faible et rapide, froid général. Le toucher permettait de constater la présence d'un caillot considérable remplissant le vagin, et la rétrogradation de la tête que le palper faisait maintenant sentir au-dessus du détroit supérieur. A ces divers symptômes et signes, M. Cox ne put méconnaître la présence d'un accident très-grave, la rupture de la matrice.

Quelle conduite tenir dans une telle situation, à la campagne, loin des ressources qu'offrent les grandes villes? N'ayant à compter que sur lui-même, M. Cox examina rapidement les moyens qu'il avait à sa disposition, et laissant de côté le forceps comme inapplicable dans le cas, repoussant la crâniotomie suivie de l'extraction à l'aide du crochet, parce que l'enfant était encore vivant, il se décida pour la version, à laquelle la dilatation du col, qui était complète, et les dimensions du bassin, qui était très-large, ne pouvaient apporter aucun obstacle. Il y procéda sans retard, et put l'accomplir assez facilement, quoique, par suite de la cessation des contractions utérines et du volume du fœtus, il fût dans la nécessité d'agir avec beaucoup de force. Après l'extraction de l'enfant, qui périt pendant l'opération, l'accoucheur introduisit de nouveau la main pour chercher et extraire le placenta, et reconnut parfaitement la présence d'une large déchirure qui intéressait la paroi postérieure du corps de l'organe, et par laquelle sa main pénétra dans la cavité péritonéale. Le délivre saisi et détaché, il retira la main avec précaution pour empêcher qu'aucune portion des intestins vînt pénétrer dans la matrice, en même temps que de l'autre main, placée sur la paroi abdominale antérieure, il excitait l'utérus à se contracter et à revenir sur lui-même.

Sans entrer dans plus de détails, nous terminerons en disant que le rétablissement fut long et difficile, entravé qu'il fut par des accidents inflammatoires du côté de la matrice et du péritoine, par de l'incontinence d'urine, etc. Le traitement d'ailleurs fut exclusivement expectant : le médecin, persuadé que l'accouchée ne pouvait guère échapper à la mort, se borna à soutenir ses forces au moyen du bouillon, du vin, de l'eau-de-vie, et, en fait de médicaments, ne prescrivit que l'opium à l'intérieur; extérieurement il mit en usage un bandage soigneusement appliqué, et fit faire des injections détersives avec de l'eau tiède chlorurée, pour entraîner et désinfecter l'écoulement abondant de matières purulentes fétides qui dura un grand nombre de jours. (*Brit. med. journ.*, janvier 1866.)

Deux cas de hernie ombilicale étranglée opérés avec succès. La hernie ombilicale chez l'adulte s'étrangle moins souvent que les hernies inguinale et surtout crurale, et, quand cet accident arrive, la réduction par le taxis s'obtient plus facilement, puisqu'il résulte des relevés faits par Bryant que, sur 100 hernies ombilicales étranglées, 73 ont été réduites par le taxis et 27 par la kélotomie. L'opération a donc été indiquée 9 pour 100 moins souvent que pour la hernie inguinale et 46 pour 100 que pour la fémorale, fait important et d'un très-grand intérêt, vu la gravité de l'opération du débridement dans la hernie ombilicale, qui a porté certains chirurgiens à nier l'utilité de cette opération et à vouloir établir en principe que les hernies ombilicales étranglées ne devaient pas être opérées. C'est là une opinion exagérée, comme le prouvent, outre les faits de succès déjà connus, les deux suivants, dus, l'un à M. Foucher, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, l'autre à M. le docteur Roger (de Hédé).

Dans le premier cas, dont l'observation a été recueillie par M. Marchand, élève distingué des hôpitaux, il s'agit d'une femme de soixante-quatorze ans, atteinte depuis quarante ans d'une hernie ombilicale qui, survenue après un accouchement, resta d'abord longtemps stationnaire, puis s'accrut beaucoup, il y a une quinzaine d'années, à la suite de travaux fatigants et excessifs. A partir de cette dernière époque, la malade porta un bandage,

qui n'empêchait pas toutefois la hernie de sortir de temps à autre; mais elle rentra toujours facilement, à l'exception de deux fois, en 1864, où elle ne put être réduite que par un taxis difficile et prolongé. Enfin, le 4 juin dernier, sortie nouvelle de la hernie, suivie d'accidents d'étranglement, pour lesquels la malade fut transportée à l'hôpital Saint-Antoine. Le taxis échoua cette fois, et la kélotomie fut pratiquée le 5 par M. Foucher. Le 8 juillet, la cicatrisation était complète, sans qu'elle eût été entravée par des accidents sérieux.

Il n'en a pas été de même dans le second cas que nous avons à citer, et qui s'est présenté chez une femme de quarante-cinq à cinquante ans. Ce qui, en même temps que la guérison, rend ce cas digne d'attention, c'est que, par un concours de circonstances indépendantes de la volonté du chirurgien, M. le docteur Roger, l'opération ne fut pratiquée que le huitième jour à dater du début de l'étranglement, alors qu'il y avait déjà des symptômes de péritonite bien manifestes; c'est encore qu'après avoir mis l'anse intestinale à découvert, on la trouva en fort mauvais état, parsemée de taches violettes foncées et se montrant, dans les parties où elle était adhérente à l'épiploon hernié avec elle, criblée de petits pertuis par lesquels on voyait sourdre des matières qui paraissaient venir de l'intérieur. Malgré cela, l'intestin fut réduit, et l'épiploon, ne pouvant être rentré, fut excisé après ligature de son pédicule. Les accidents de péritonite, combattus par l'opium, des onctions mercurielles belladonées, un large vésicatoire sur le ventre, cédèrent assez rapidement et la malade se rétablit d'une manière parfaite.

Le succès obtenu dans ces deux cas prouve que, si la kélotomie, dans la hernie ombilicale étranglée, est plus dangereuse que dans les autres espèces de hernies abdominales, ce n'est pas une raison pour ne pas y recourir. Le devoir qui incombe au chirurgien est alors, non pas d'assister les bras croisés à la scène morbide qui doit avoir la mort pour dénoûment, mais de chercher à sauver les malades par le seul moyen qui soit à sa disposition, l'opération, en recherchant les causes qui la rendent dangereuse et en s'efforçant de les éviter. Ces causes, assez nombreuses et qui tiennent essentiellement au siége de la tumeur et à sa composition, sont, comme on sait: le peu d'épaisseur des enveloppes de la hernie, l'absence de sérosité dans le sac, le volume énorme de la tumeur, la blessure nécessaire du péritoine pariétal dans le débridement, la position déclive de l'ouverture débridée. Quelle que soit l'importance de ces causes d'accidents, on voit par les faits ci-dessus, ainsi que par ceux déjà enregistrés dans les annales de la science, qu'il n'est pas impossible de les éviter. (*Gazette des hôpitaux*, 1866, nos 94 et 99).

Bons effets de l'application locale de la glace dans un cas de péritonite puerpérale. M. le professeur Béhier, qui a défendu avec tant de talent et de force la localisation des affections puerpérales, a mis à l'ordre du jour un moyen de traitement dont il a obtenu d'excellents résultats, à savoir l'application de la glace, qui, en chassant le calorique, détruit la phlegmasie. M. le docteur Verrier vient de recourir à ce moyen, dans un cas de péritonite puerpérale, avec un succès qui le recommande à l'attention du praticien.

Mme B***, ayant déjà eu trois couches, dont la troisième a été suivie de péritonite traitée par les sangsues et l'onguent mercuriel, accoucha pour la quatrième fois le 11 janvier dernier, mais prématurément, par le fait d'une chute sur les genoux. Presque dès la sortie du placenta le ventre se ballonne, devient sensible et douloureux, et la fièvre s'allume pendant la nuit. Appelé le lendemain à voir la malade, par la sage-femme chez qui l'accouchement avait eu lieu, M. le docteur Verrier constate une péritonite généralisée: pouls à 120; nausées; lochies arrêtées; ventre très-ballonné, météorisé, avec des bosselures occupant toute l'étendue de l'abdomen et remontant presque dans l'épigastre, formées par l'utérus extrêmement sensible, et par la vessie distendue, bien que les urines n'aient pas été totalement supprimées. Le cathétérisme est pratiqué, et, par une copieuse miction, procure un assez notable soulagement; un lavement purgatif amène trois selles, d'ailleurs avec beaucoup de fatigue; à la suite de ces évacuations, la tumeur douloureuse formée par l'utérus et tous les signes caractéristiques de l'inflammation de la séreuse abdominale persistent avec la même intensité. C'est alors que notre confrère proposa le traitement par la glace, qui fut accepté, mais non sans hésitation. Une énorme vessie de porc remplie de glace con-

cassée fut placée sur le ventre, avec interposition de deux compresses sèches assez épaisses, et maintenue depuis le vendredi soir jusqu'au lundi matin, jour et nuit, en renouvelant la glace toutes les trois heures environ. Déjà les lochies supprimées avaient repris leur cours, le ventre perdu petit à petit sa sensibilité, le ballonnement diminué, et les organes étaient rentrés peu à peu à leur place, sans qu'il y eût ni érythème, ni gangrène superficielle de la peau de l'abdomen, inconvénients qui se présentent quelquefois quand l'application réfrigérante est prolongée trop longtemps. Le lundi, la glace ayant été supprimée, M. Verrier, pour terminer la guérison, enduisit toute la paroi abdominale de collodion élastique, et fit renouveler cet enduit matin et soir. Il n'y eut pas d'autres moyens de traitement que quelques pilules d'opium données le soir pendant les premiers jours, puis 10 centigrammes de sulfate de quinine par jour, pour combattre un mouvement fébrile intermittent qui avait remplacé la fièvre primitive. La sécrétion lactée parut le cinquième jour; ce même jour, l'alimentation, qui n'avait jamais été complétement suspendue, fut augmentée. La malade put se lever pour la première fois le 19 janvier; l'amélioration alla ensuite progressant, et le 26 du même mois, Mme B*** put retourner chez elle complétement guérie, ayant reçu la recommandation de faire usage d'une ceinture hypogastrique. (*Gaz. des hôpitaux*, 1866, n° 89.)

Hyperesthésie de la pulpe dentaire guérie par trépanation et cautérisation. Dans la pratique ordinaire l'hyperesthésie de la pulpe dentaire est presque toujours le résultat d'une carie de la couronne, qui, ayant mis la pulpe à découvert, donne accès à l'action des agents extérieurs sur les ramifications du nerf dentaire. Lorsqu'il en est ainsi, la guérison s'obtient facilement à l'aide de certains caustiques qui, en détruisant la pulpe, laissent la dent assez insensible pour permettre d'en faire avec succès la restauration. Mais il n'en est pas de même dans les cas, plus rares, où il y a hyperesthésie de la pulpe, comme en témoigne la douleur provoquée par le plus léger contact chaud ou froid, sans que l'inspection la plus minutieuse laisse apercevoir la moindre solution de continuité de l'émail ou de l'ivoire. Dans ces sortes de cas jusqu'ici, quand la douleur s'est montrée persistante, on a toujours eu recours à l'*ultima ratio*, à l'avulsion de la dent malade. Mais n'y aurait-il pas quelque chose de mieux à faire? M. le docteur Moreau l'a pensé, et une opération qu'il a tentée chez deux malades, dans le but de conserver des grosses molaires très-douloureuses, mais non cariées, a été suivie d'un plein succès. Voici comment il décrit son procédé, qui consiste à mettre à nu la pulpe au moyen de la trépanation, puis à la cautériser :

« Immédiatement au-dessus du collet de la dent, dit notre confrère, à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la face antérieure, lieu d'élection vu le peu d'épaisseur de la paroi en cet endroit, je pratiquai avec un trépan assez fin une ouverture de 1 millimètre de diamètre, donnant accès dans la cavité dentaire; puis, à l'aide d'un équarrissoir, je l'agrandis de façon à porter son diamètre à 3 millimètres environ. Par cette ouverture, il m'est permis de faire pénétrer une mèche imprégnée du mélange suivant : acide arsénieux, hydrochlorate de morphine, glycérine; puis occlusion avec un bourdonnet de coton imbibé de teinture de benjoin. » — Il y eut des douleurs assez vives pendant une à deux heures, à la suite de ce pansement, qui fut renouvelé chaque jour jusqu'à ce que toute trace de sensibilité eût disparu. Le traitement fut alors terminé par l'obturation de l'ouverture artificielle au moyen de feuilles d'or condensées. Dans aucun de ces deux cas la guérison ne s'est démentie. (*Gaz. des Hôp.*, juillet, n° 86.)

Emploi du sang en thérapeutique. Il ne s'agit ici ni du sang injecté dans les veines par la transfusion, ni de l'extrait de sang proposé comme succédané ou comme adjuvant de la médication martiale par Hœring, d'Heilbronn, et par Mauthner, de Vienne; mais bien du sang en nature, bu chaud, tel qu'il sort des vaisseaux d'un animal qui vient d'être tué. Cette pratique, mise en usage dans l'antiquité et dans les siècles barbares du moyen âge, était tombée dans un oubli qui paraîtra justifié aux yeux de beaucoup de personnes par ce qu'il y a de répugnant dans l'idée seule d'ingérer une telle boisson. Cependant cette répugnance peut être surmontée par le sentiment de l'attachement à la vie et le désir de la guérison, et l'on conçoit que le liquide nourricier des tissus

organiques, cette chair coulante, comme on l'a nommé, puisse être un puissant agent do réparation chez certains malades épuisés.

Rimaud, qui se l'est administré à lui-même dans un cas très-grave où sa vie était en danger, paraît être le premier qui ait, de notre temps, préconisé l'emploi du sang fraîchement tiré des vaisseaux et en quelque sorte encore vivant; et, d'après lui, M. le professeur Bouchardat (*Annuaire de* 1855) n'hésite pas à le recommander chez les malades ruinés par les excès, les travaux prolongés, les chagrins, les privations, chez les diabétiques, les anémiques. Notre collaborateur, le docteur Mascarel, vient de publier, dans une de nos dernières livraisons, une cure remarquable par le sang de volaille chez une femme se mourant d'une anémie que rien n'avait pu enrayer. M. Desmartis, de Bordeaux, a pensé qu'on pourrait tirer un bon parti du sang dans le traitement de la phthisie, et, d'après cette recommandation, le docteur Gaëtano de Pascale l'a employé ou vu employer, à Nice, chez quatre malades atteints de cette terrible maladie, après y avoir eu recours avec avantage sur lui-même pour combattre une anémie d'origine paludéenne.

Chez ces quatre malades, dit notre confrère, dont deux présentaient un tempérament lymphatique prononcé, et dont un était à une période si avancée de sa maladie qu'il ne semblait pas devoir survivre longtemps, il s'est produit un changement très-appréciable. L'état de la nutrition et de la santé générale s'est amélioré d'une manière vraiment surprenante; la toux, l'expectoration, les sueurs nocturnes ont diminué sensiblement; toutefois, ajoute M. de Pascale, chez le malade confié à mes soins, les signes physiques à la percussion et à l'auscultation n'ont éprouvé aucun amendement.

Il convient de commencer la cure par le sang du veau, qui est d'une plus facile digestion, pour arriver ensuite à celui du bœuf; à défaut de ces animaux, l'on pourrait en employer d'autres, ainsi que l'a fait M. Mascarel. Le meilleur moment pour le prendre est le matin, à jeun, où il se digère plus aisément, surtout en faisant ensuite de l'exercice au grand air proportionnellement aux forces. La dose, au début, est de 100 à 125 grammes, et peut être plus tard portée graduellement jusqu'à 300 à 400 grammes, d'après l'appréciation du médecin. La première répugnance vaincue, ce liquide se prend facilement, car le goût n'en est pas désagréable et a quelque analogie avec le lait fraîchement tiré du pis de la vache. (*British med. Journ.*, mai 1866.)

Cas de mort produite par l'ingestion habituelle d'arsenic. Tout le monde connaît l'habitude qu'ont les habitants de certaines parties de l'Autriche d'ingérer chaque jour des doses assez élevées d'arsenic. Le fait suivant montre que cette habitude est loin d'être aussi inoffensive qu'on le croit généralement.

Le docteur Parker est appelé le 20 novembre 1862, à dix heures du soir, auprès d'un homme bien constitué, âgé de trente ans, qui était en proie à des vomissements incessants, accompagnés d'une douleur vive à l'épigastre que la pression augmentait notablement. Cet homme accusait une soif très-grande et demandait constamment à boire de l'eau froide qu'il rejetait presque aussitôt. L'abdomen était distendu et offrait partout un son tympanique. Le pouls était à 110, régulier, mou et faible; la peau fraîche et humide. La physionomie exprimait l'anxiété, la face avait une coloration verdâtre; enfin il n'y avait point de céphalalgie, et l'intelligence était intacte. Les divers symptômes s'étaient déjà montrés trois ou quatre semaines auparavant.

Depuis environ quatre ans, cet homme, séduit par ce qu'on disait des mangeurs d'arsenic, ingérait chaque chaque jour une certaine quantité d'acide arsénieux. Il ne mesurait point exactement la dose, se contentant de prendre le poison avec la pointe d'un canif. Il éleva graduellement la dose dans les cinq derniers mois et notamment dans les trois dernières semaines, espérant ainsi se débarrasser de phénomènes dyspeptiques qui l'incommodaient beaucoup. La quantité d'acide arsénieux ainsi ingérée chaque jour aurait pu, disait-il, faire une pilule dont le volume eût été égal à celui d'une pilule de 6 centigrammes d'opium. Sous l'influence de ce régime, son teint, loin de devenir plus clair, était au contraire plus foncé; la respiration ne se faisait pas plus librement, et les forces musculaires n'avaient nullement augmenté. Quant aux organes génitaux, ils paraissaient avoir été excités par l'arsenic. L'ingestion du poison était constamment

suivio d'un goût métallique qui durait quelque temps.

Le traitement consista en l'administration de doses élevées et fréquemment répétées do nitrate de bismuth et d'opium. On fit en outre des fomentations térébenthinées.

Le lendemain matin les douleurs abdominales et los vomissements cessèrent, mais ils reparurent dans la soirée.

Le 22, son état avait beaucoup empiré : le pouls était à peine sensible : 22 respirations; peau froide; le malade ne pouvait supporter ni les aliments ni les médicaments. On appliqua un vésicatoire à l'épigastre et on injecta du bouillon dans le rectum, mais bientôt le rectum ne put rien retenir. Pendant ce temps l'intelligence restait toujours très-nette. La quantité d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures se réduisait à quelques gouttes.

Le 23, même état; pupilles un peu contractées; sécheresse et refroidissement de la peau; impossibilité de percevoir le pouls en aucun point du système artériel. Mort à dix heures et demie du matin.

AUTOPSIE. — Quelques heures après la mort il sortit une grande quantité de liquide sanguinolent par la bouche et par le nez. Au bout de vingt-quatre heures emphysème généralisé; distension emphysémateuse et congestion veineuse excessives de la face; rigidité cadavérique cependant conservée.

Cungestion des méninges et adhérences en divers points avec la substance cérébrale; qui avait sa consistance normale; épanchement abondant dans les ventricules latéraux. Le sang qui s'écoula du cerveau, comme celui du reste du corps, était noir et très-fluide.

Le péricarde contenait 60 grammes de liquide environ. Le ventricule gauche était très-hypertrophié et vide. Au contraire le cœur droit avait ses parois diminuées d'épaisseur; l'oreillette correspondante était remplie de sang noir et fluide. Poumons congestionnés.

L'œsophage n'était pas altéré; il existait environ deux litres de sérosité dans la cavité abdominale. L'estomac n'offrait rien extérieurement; mais sa muqueuse était ramollie et parsemée d'extravasations sanguines. L'intestin grêle était très-congestionné dans toute sa longueur; le gros intestin ne présentait que de distance en distance de petites taches ecchymotiques. Le rectum était rouge dans toute sa longueur.

Le foie avait un volume normal; mais il avait une coloration bleue verdâtre foncée, et laissait, à la coupe, suinter beaucoup de sang. Même congestion des reins.

Les pièces anatomiques furent examinées par plusieurs chimistes qui ne trouvèrent que de très-légères traces d'arsenic; ce qui montre clairement la rapidité avec laquelle l'arsenic s'élimine lorsqu'il est pris à faibles doses et d'une manière continue.

Une particularité intéressante à noter dans cette observation; c'est l'action toute spéciale de l'arsenic sur les fonctions génitales qui, chez cet homme, avaient été notablement excitées depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis le moment où il avait commencé à prendre de l'arsenic. (*Edinburgh medical Journal* et *Gazette médicale.*)

Traitement de l'anthrax.

La Société médico-chirurgicale de Bordeaux a consacré à cette question une discussion des plus intéressantes dans laquelle M. Denucé a ainsi formulé son traitement :

Les indications du traitement sont au nombre de deux principales : 1° Soustraire l'économie aux influences d'une affection gangréneuse et putride; 2° arrêter la marche envahissante du mal. Dans les deux cas, les *larges incisions*, dépassant dans tous les sens les limites du mal, remplissent parfaitement le but. Elles ont toutefois un inconvénient; qui est de laisser des vaisseaux nouvellement ouverts baignant dans le pus et les fluides putrides, et do faciliter, par conséquent, l'infection putride et l'infection purulente. De là le double précepte de ne pas inciser les furoncles simples et les petits anthrax qui guérissent très-bien abandonnés à eux-mêmes, et d'associer toujours la cautérisation aux incisions qui sont très-utiles dans les anthrax circonscrits volumineux, et *indispensables* dans les anthrax envahissants.

Cette cautérisation a été faite avec avantage par le fer rouge, par la pâte de Canquoin, quelquefois, préalablement aux incisions, par la pâte de Vienne. Le procédé que j'adopte d'une *manière absolue* est le suivant : j'incise largement, en étoile, de telle sorte que chacun des rayons dépasse les limites du mal; je panse immédiatement les plaies avec des plumasseaux imbibés de perchlorure de fer à 20 degrés : cela suffit pour arrêter le sang, pour le coaguler à l'orifice de tous les vaisseaux et pour faire une cautérisa-

tion légère de toutes les surfaces incisées. Je dois de très-beaux succès à ce procédé.

De son côté, M. Bitot a rédigé les conclusions suivantes :

Dans le traitement de l'anthrax, quatre indications :

A, *débrider*; — B, *éliminer la gangrène*; — C, *cerner le mal*; — D, *conjurer la septicémie*.

1° *Débrider*. — Pour le débridement, les incisions *obliques* sont préférables aux incisions *perpendiculaires*, *longues* et *profondes*; celles-ci manquent totalement d'une qualité capitale, *la largeur*. Les incisions obliques, divisent immanquablement les follicules malades, rendent le dégorgement beaucoup plus facile, détendent les trousseaux fibreux souscutanés.

2° *Eliminer la gangrène* — avec les pinces, les ciseaux, et des pressions convenables exercées au moyen d'une éponge imbibée d'eau salée.

3° *Cerner le mal*, indication capitale qu'on néglige complétement. — La diffusion de l'anthrax peut s'expliquer par le réseau lymphatique qui réunit tous les cryptes sébacés. Le meilleur moyen de la combattre consiste donc à intercepter ce réseau. De là l'emploi des caustiques capables de détruire facilement toute l'épaisseur du derme : pâte de Vienne surtout; l'application circulaire me paraît préférable à toute autre distribution.

4° *Conjurer la septicémie*. — L'anthrax, arrivé à la période gangréneuse, constitue un foyer virulent remarquablement placé pour produire des phénomènes septicémiques. Ici, comme dans les maladies virulentes en général (syphilis, piqûre anatomique, pustule maligne, charbon, peste, etc.), le système lymphatique joue un rôle spécial comme moyen de transport et comme siége de prédilection de l'élément toxique. C'est donc sur ce système qu'il convient d'agir pour éliminer le virus, et cela par l'intermédiaire de toutes les glandes tégumentaires; d'où les purgations et les sudations; régime réconfortant.

Comme méthode générale de traitement, — les caustiques potentiels, la poudre de Vienne surtout, me paraissent préférables à l'instrument, parce qu'ils répondent à toutes les indications. (*Société médico-chirurgicale de Bordeaux*.)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 7 août, rendu sur la proposition du ministre des affaires étrangères, chargé par intérim du département de l'instruction publique, M. le docteur Ballu, chargé du service sanitaire des écoles de filles et de l'asile de Melun, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur. (Services militaires et civils.)

Par décret rendu en date du 12 août, sur la proposition du ministre de l'intérieur, a été nommé au grade de chevalier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : M. Hatton, membre du conseil général de la Sarthe, médecin de l'hospice de Fresnay. Ancien maire et ancien conseiller d'arrondissement : 34 ans de services gratuits.

Par décrets en date du 14 août 1866, rendus sur la proposition du ministre des affaires étrangères, ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. le docteur Jordanet, médecin français, établi au Mexique; — Zalewsky (Wladislas), officier de santé russe.

Par décret en date du 18 août 1866, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a promu ou nommé dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. Tellier (Pierre-Frédéric), médecin-major de

1re classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons; chevalier du 17 mai 1855; 36 ans de services, 19 campagnes. — Mercier (Louis-Placide), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons, chevalier du 2 décembre 1850 : 32 ans de services, 9 campagnes. — Le Bas (Alfred-Constant-Léon), médecin-major de 1re classe; chevalier du 10 décembre 1851 : 26 ans de services, 13 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Dauvé (Paul-Stanislas), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons : 16 ans de services, 9 campagnes. — Bourdel (César-Frédéric), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons : 18 ans de services, 8 campagnes. — Ricque (Félix-Camille), médecin aide-major de 1re classe : 14 ans de services, 8 campagnes. — De Courtois (Henri-Amédée), médecin aide-major de 1re classe : 13 ans de services, 9 campagnes.

Par arrêté, en date du 27 juillet 1866, le département d'Eure-et-Loir est rattaché à la circonscription de la Faculté de médecine de Paris en ce qui concerne la réception des officiers de santé et des sages-femmes de deuxième classe.

L'état sanitaire de Paris et des départements du nord-est de la France, ainsi que les troubles politiques qui agitaient les pays limitrophes de l'Alsace, ont déterminé la Commission d'organisation et la Société de médecine de Strasbourg à ajourner à 1868 le Congrès médical qui devait s'ouvrir dans cette ville le 27 août dernier.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce a chargé MM. Depaul et Henri Roger d'aller étudier les faits de syphilis vaccinale observés récemment par des médecins du Morbihan, et dont il a été question à l'Académie de médecine.

M. le docteur Henri Roger vient encore de faire don à l'Association générale des médecins de France d'une somme de 500 francs.

Nous avons le regret d'annoncer la démission de M. Trousseau de ses fonctions de médecin de l'Hôtel-Dieu.

On annonce aussi celle de M. Cazenave, de médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Nous apprenons la mort de M. le docteur Schnepp, nommé récemment vice-consul à Djeddah. C'est sous le climat dévorant de cette résidence que notre malheureux et savant compatriote a trouvé une mort prématurée.

La mort vient de ravir aussi une des grandes figures de l'Ecole d'Edimbourg, M. le docteur Duncan, qui a succombé à Tours d'une attaque de choléra.

Au bord de la tombe de Fritz, si prématurément ouverte, est née, dans la pensée de quelques amis, l'idée de consacrer d'une façon durable le souvenir de ce jeune médecin, auquel son intelligence supérieure réservait, s'il eût vécu, de si belles destinées. Une souscription a été ouverte à cet effet, et M. Victor Masson a bien voulu se charger de recevoir les adhésions des souscripteurs, déjà nombreux parmi les anciens maîtres et les amis de notre regrettable et regretté confrère.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des péritonites puerpérales aiguës partielles et de leur traitement [1],

Par le docteur E. Hervieux, médecin de la Maternité.

PÉRITONITE ÉPIPLOÏQUE, OU PÉRITONITE ABDOMINALE ANTÉRIEURE.

En étudiant les auteurs du siècle dernier, on trouve dans leurs ouvrages quelques descriptions qui se rapportent manifestement à la péritonite épiploïque.

En 1742, un auteur anglais, Mead, considérait la fièvre puerpérale comme une véritable inflammation des deux épiploons, occasionnée par la pression qu'exerce la matrice sur ces parties pendant tout le temps de la gestation. Il aurait, dans ces cas, trouvé constamment l'utérus sain et des épanchements de matière fétide dans l'abdomen. (Voir Grimaud, *Traité des fièvres*, t. III, p. 38, édit. de 1791.)

Plus tard, en 1772, Hulme publie un traité dans lequel il avance que l'inflammation de l'épiploon et des intestins est la cause essentielle de la fièvre puerpérale. Les symptômes qu'il assigne à cette inflammation sont les suivants : au début, frisson suivi de chaleur, douleurs de l'abdomen et de l'épigastre en particulier, maux de tête et d'estomac, puis nausées, vomissements, pouls vite et petit; langue d'abord blanche, humide, puis sèche, âpre, enduite d'une croûte jaunâtre; dyspnée, abattement des forces du corps et de l'esprit; diminution des lochies et de la sécrétion laiteuse. A l'autopsie, liquide mêlé de pus concret dans l'abdomen, épiploon enflammé et détruit en grande partie par la gangrène, intestins phlogosés et collés ensemble par une matière épaisse et gluante; matrice saine. La cause de la maladie serait l'usage habituel des cordiaux et des épices, une atmosphère malsaine, trop chaude, les peines de l'esprit, mais surtout la pression exercée par la matrice sur l'épiploon et les intestins pendant la grossesse, et le peu de soin à entretenir la liberté du ventre après la délivrance. (*A treatise on the puerperal fever.*)

Dans l'épidémie de fièvre puerpérale qu'il observa à l'hôpital de Westminster et dans la ville de Londres pendant les années 1769,

---

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 193.

1770 et 1771, Leake dit avoir trouvé, à l'ouverture des cadavres, l'épiploon enflammé et détruit en grande partie par la suppuration ou par la gangrène, la cavité abdominale contenant un fluide séro-purulent et une matière blanche, opaque, épaisse, due à la suppuration, l'utérus ordinairement sain. Voici le tableau qu'il trace de cette maladie :

« Début, du deuxième au troisième jour après l'accouchement, par un frisson suivi de céphalalgie; insomnie, cardialgie, nausées, vomissements bilieux, état de langueur. Pouls vif de 90 à 136, langue blanche et humide, soif intense, diarrhée, tension du ventre; selles d'abord jaunes, muqueuses, puis noires, fétides; vomissements aqueux, porracés, noirâtres; langue âpre, déjections involontaires, douleurs siégeant surtout à l'estomac et à l'ombilic; plus tard, regard farouche, tremblement des mains, joues cramoisies, lèvres livides, sueurs gluantes et froides sur la face, le cou et la poitrine. Mort du cinquième au onzième jour. Lochies ni suspendues ni altérées. Sécrétion du lait habituellement arrêtée par le frisson, mais reprenant son cours assez modérément vers la fin de la maladie, pour cesser ensuite à l'approche de la mort. Traitement : émétique à doses réfractées; émollients et narcotiques, s'il y a diarrhée; si putridité, toniques et quinquina. » (*Practic. Obs. on the child-bed fever.*)

En 1783, Delaroche décrit chez les femmes en couches une *inflammation érysipélateuse des entrailles*, qu'il attribue, comme les auteurs précédents, à la compression exercée pendant la grossesse par la matrice sur l'épiploon et les intestins. Il suppose que ces vaisseaux perdent ainsi leur tonicité, et qu'après l'accouchement le sang, y circulant plus facilement, produirait une pléthore qui les rendrait plus irritables. A l'autopsie, il aurait vu le plus souvent l'épiploon enflammé ou gangrené, un épanchement plus ou moins considérable de sérosité jaune et une certaine quantité de pus très-épais ramassé en flocons sur le mésentère et sur les intestins; le diamètre de ces derniers rétréci, leurs membranes épaissies, recouvertes de taches livides et gangréneuses, leurs vaisseaux gorgés de sang; la matrice ordinairement saine. Traitement : saignée, quinquina, camphre, vésicatoires. (*Recherch. sur la nat. et le trait. de la fièv. puerp.*)

Je ne puis passer sous silence la description que M. Andral nous a laissée, dans sa *Clinique médicale* (p. 699), d'une péritonite épiploïque qu'il caractérise ainsi : au début, tuméfaction et sensibilité du ventre dans sa partie antérieure, surtout vers l'ombilic, fièvre,

nausées, vomissements, douleurs s'étendant à tout le ventre. Quoiqu'il ne s'agisse, dans les cas cités par l'éminent observateur, que de l'épiploïte chronique, cette citation n'est pas sans intérêt au point de vue qui nous occupe.

Il résulte donc des citations qui précèdent que la péritonite épiploïque des femmes en couches n'est pas chose absolument nouvelle. Elle a été assez bien étudiée et décrite par quelques auteurs du siècle dernier, qui l'ont considérée comme la cause anatomique par excellence de la fièvre puerpérale. Il faut remarquer, en effet, que dans l'énumération des lésions cadavériques l'appareil utérin est mis hors de cause; il est déclaré constamment sain. Or, cette intégrité de l'appareil utérin, et l'on pourrait ajouter des organes pelviens, puisque aucun d'eux n'est mentionné parmi les organes lésés, est un fait sur lequel j'appelle spécialement l'attention; car il prouve qu'il s'agissait bien, dans les cas observés, d'une péritonite limitée à l'épiploon et aux circonvolutions intestinales sur lesquelles il repose; et, à supposer que les auteurs précités n'aient pas songé à voir là une péritonite partielle, celle-ci n'en est pas moins démontrée par la description anatomique qu'ils nous ont laissée.

La thèse de M. Marchal, de Calvi (Thèse de concours pour l'agrégation, 1844), contient un certain nombre de faits qui ne sont explicables que par l'existence d'une péritonite circonscrite de la région péri-ombilicale, péritonite survenue dans l'état puerpéral. Voici l'analyse sommaire de l'une de ces observations :

Obs. *Accouchement heureux.* — Au huitième jour, fièvre, diarrhée, vomissements verts. Ventre douloureux, météorisé. Au quatorzième jour, la tuméfaction a beaucoup augmenté, surtout vers l'épigastre; fluctuation très-sensible. Ponction comme dans l'hydropisie. Evacuation de 6 pintes environ d'un liquide semblable à du petit-lait. Huit jours après, nouvelle fièvre, vomissements et formation d'une tumeur au nombril, laquelle s'abcède d'elle-même. Guérison au bout de plusieurs mois. (Doulcet, *Journ. de méd.*, t. XLIII, obs. 13.)

L'observation suivante, empruntée à M. Béhier (*Clin. méd.*, p. 686, obs. 38), mérite d'être citée comme exemple de ces vastes collections qui se forment dans le péritoine des femmes en couches entre la masse intestinale et la paroi abdominale antérieure.

Obs. Ménard (Louise), fille, vingt-deux ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital le 3 mars 1857, accouche le même jour d'une fille à terme, deuxième enfant.

6 mars. Frisson, fièvre. — 8. Vomissements bilieux, diarrhée. — 13. Toux. — 18. Faiblesse extrême. — 24. Bouche mauvaise; crache souvent. — 25. Eruption sudorale.

3 avril. Le ventre se ballonne; il renferme du liquide. Œdème du membre inférieur gauche. — 14. Diarrhée, vomissements, bouche mauvaise, gorge sèche. — 17. Ventre plus ballonné et plus douloureux. — Les jours suivants, tous les symptômes s'aggravent. — 21. Mort.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on trouve, *en avant du paquet intestinal,* une sorte de poche dont les parois sont formées par une fausse membrane d'un jaune verdâtre, rugueuse, et de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. *L'utérus et les organes du petit bassin sont placés en dehors et au-dessous de cette poche pseudo-membraneuse.* Dans deux ou trois points, une des anses intestinales sous-jacentes semble recouverte d'une fausse membrane moins épaisse; mais il est impossible de découvrir une seule perforation, soit par l'examen direct extérieur, soit même plus tard, quand on examine la face interne de l'intestin.

Cependant cette poche, *qui remonte jusque vers l'épigastre* et qui occupe toute la largeur de l'abdomen, est remplie : 1° par des gaz d'une fétidité extrême et d'une odeur fécale, qui s'échappent à l'ouverture de l'abdomen; 2° d'un liquide noir verdâtre grumeleux, également d'une fétidité fécale excessive. La quantité en est assez considérable : deux litres et demi à trois litres; 3° d'une bouillie d'un noir verdâtre, véritable purée sans apparence alimentaire, sans détritus à forme saisissable. La quantité de cette masse boueuse est telle que l'hypogastre en est plein et que les deux flancs sont envahis.

Sous cette poche, la totalité des anses intestinales est soudée par des fausses membranes fort épaisses et assez adhérentes. Ces anses sont distendues par des gaz et une certaine quantité de sérosité purulente, çà et là enfermée dans des replis intestinaux par des fausses membranes injectées et parcourues par des vaisseaux assez volumineux.

Au-dessous de cette vaste poche, l'utérus et ses annexes sont accolés par des fausses membranes épaisses, au milieu desquelles il faut rechercher ces parties. L'utérus est revenu à sa grandeur normale. Sa cavité très-rétrécie renferme un mucus d'un brun rosé, sans fausses membranes. Le tissu des parois est en général blanchâtre; les sinus ne sont plus représentés que par des petits vaisseaux, dont plusieurs conservent dans leur lumière quelques caillots rougeâtres; autour d'autres vaisseaux on voit une teinte rouge assez marquée. On trouve également, au niveau de l'insertion de la trompe gauche sur l'utérus, une coloration verdâtre du tissu utérin, sans pus appréciable.

Phlébite oblitérante des veines du bassin et du membre inférieur gauche. Rien dans les poumons, le foie, les reins, la rate.

Le kyste intra-péritonéal décrit avec tant de soin dans cette ob-

servation se compliquait-il d'une perforation de l'intestin? Les gaz qu'il renfermait, l'odeur fécale, la couleur noirâtre des matières épanchées militent en faveur de l'existence de cette perforation, qu'on n'a pas trouvée. Mais il ne serait pas impossible qu'il se fût produit là des phénomènes d'endosmose analogues à ceux que l'on observe dans les collections purulentes qui se forment au voisinage de l'anus ou des parties génitales. Il reste donc des doutes sur ce point. Mais ce qui n'est pas douteux, c'est l'enkystement de la péritonite dans la région abdominale antérieure, c'est l'exclusion des organes pelviens qui sont, comme on l'a vu, situés en dehors et au-dessous de la poche, c'est la presque intégrité de l'utérus et de ses annexes.

Quant aux complications phlébitiques, elles n'ont joué qu'un rôle secondaire dans la terminaison fatale, et l'apparition tardive, pendant la vie, de l'œdème du membre inférieur nous porte à croire que ces lésions veineuses ne peuvent même pas être considérées comme la cause occasionnelle de la péritonite.

Aux observations qui précèdent nous joindrons la suivante, recueillie dans notre service à la Maternité, et qui peut être considérée comme un type de péritonite épiploïque ou abdominale antérieure.

Obs. *Péritonite épiploïque purulente, état typhoïde; muguet, eschare gangréneuse au sacrum; érysipèle dans la période ultime. — Mort. — Autopsie.* — Chaillette (Marie), vingt-six ans, multipare, maigre, pâle, chloro-anémique, entre à la Maternité le 10 février 1862; accouche le 13 d'une fille vivante, à terme, pesant 3 100 grammes. Délivrance naturelle. Pas d'accidents.

20 février au soir, huit jours après l'accouchement, frisson d'une heure, sans claquement de dents.

21. Peau chaude; pouls à 102, langue blanche, soif vive, légère tension du ventre; pas de douleur à la pression; selles normales. Céphalalgie, insomnie. Lochies abondantes et purulentes. Ipéca, 1gr,50. Ventouses scarifiées sur l'abdomen, cataplasmes. Limonade, julep morphiné.

22. Râles muqueux et sibilants dans toute l'étendue de la poitrine; toux; langue saburrale, infiltration des grandes lèvres.

23. Pouls à 110; chaleur modérée à la peau; un peu de douleur dans la région péri-ombilicale. Céphalalgie sus-orbitaire, pâleur de la face, altération des traits, abattement; maigreur extrême.

24. Pouls à 140; peau très-chaude, céphalalgie, douleur plus aiguë dans la région péri-ombilicale; nausées, vomissements bilieux, diarrhée noirâtre et abondante, haleine fétide, langue sèche, bouche amère. Toujours de la toux et des râles disséminés dans la poitrine. Sentiment d'oppression. Pect. sucrée, 2 p.; jul. morph.; lav. amid. et laud., cat.

25. La diarrhée persiste; ventre moins douloureux à la pression; pas de météorisme; langue rouge et sèche, soif intense, face injectée; sentiment de chaleur intolérable à la peau; pouls à 140. Pas de vomissements.

26. Douleur très-aiguë dans la région épigastrique, vomissements bilieux; la diarrhée a cessé; le pouls faiblit; même injection de la face; stupeur; toux et expectoration muqueuse. Vésicat. épigastr. Boissons pectorales; bouillons.

28. Muguet sur les parties latérales de la langue, soif intense; ventre souple, non douloureux; la face est devenue pâle; ni diarrhée ni vomissements. Seins affaissés, lochies normales.

1er mars. Le muguet a envahi toute la langue et recouvre le voile du palais, dont la rougeur tranche sur le pointillé blanchâtre qui le parsème. Mucosités filantes, tenaces, épaisses, adhérentes à la langue et à la voûte palatine. Peau chaude; pouls à 120; parole embarrassée; pas de sensibilité abdominale. Toux, respiration fréquente, à 42. Même traitement; collutoire boracique.

2 mars. Le muguet augmente d'épaisseur et d'étendue; diarrhée, lochies fétides peu abondantes; des deux côtés du coccyx, rougeur plaquée très-intense, annonçant un commencement d'eschare. Même état du reste.

Les jours suivants, l'eschare se forme, et le 5 mars elle avait le diamètre d'une pièce de 5 francs. Une éruption de pustules d'acné l'entourait. Ce jour-là, deux évacuations hémorrhagiques intestinales assez abondantes pour remplir en deux fois un vase de nuit ordinaire. Pâleur excessive de la face, peau chaude; pouls petit à 124; diarrhée persistante, lochies supprimées.

6 mars. Muqueuse buccale entièrement couverte de muguet; articulation des sons impossible, lèvres et dents fuligineuses, évacuations alvines involontaires, stupeur, insomnie, abattement très-prononcé; pas de délire. Les pustules du siége sont ulcérées, l'eschare du sacrum s'agrandit.

9 mars. Apparition d'un érysipèle au-dessous du sein droit. L'eschare et tous les symptômes typhoïdes vont toujours s'aggravant; le ventre reste souple et indolent.

10 mars. L'érysipèle s'est étendu dans tous les sens; pouls petit, étroit, à 140; hébétude de la face, altération profonde des traits; muguet en couche épaisse sur toute la muqueuse buccale, selles involontaires. Eschare énorme s'étendant de l'anus à la partie supérieure du sacrum.

Le soir, pouls irrégulier, imperceptible; refroidissement des extrémités, sueur froide, état comateux; nulle réponse aux questions. Morte la nuit, à deux heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, issue d'une grande quantité de gaz, évidemment contenus dans la cavité du péritoine. Le tablier épiploïque, considérablement épaissi et baigné de pus, est comme tendu au devant de la masse intestinale et fixé à la branche horizontale du pubis par des adhérences intimes. Le pus qui tapisse l'épiploon est verdâtre, crémeux, consistant, sans mélange aucun de sérosité. Les adhérences pubiennes étant

rompues et la paroi antérieure de l'abdomen renversée sur la poitrine, on voit que toute la portion de la face interne de cette paroi qui correspond aux régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique, a emporté avec elle une couche épaisse de ce pus verdâtre dont nous avons parlé. Tout le paquet intestinal est comme masqué par la présence de ce liquide. Après en avoir débarrassé sa surface antérieure au moyen d'une éponge, nous constatons que les intestins, médiocrement distendus, sont agglutinés entre eux comme par une forte solution de gomme. De place en place, en séparant avec le doigt les anses intestinales, on tombe sur un foyer purulent qui ne contient pas moins d'un demi-verre à un verre de pus. Il existe environ quatre ou cinq cloaques de cette espèce, et tous sans mélange aucun de sérosité. Il est à remarquer que l'agglutination des anses intestinales entre elles a lieu sans l'intermédiaire habituel ou du moins si fréquent des fausses membranes.

Le petit bassin avait été complétement épargné par cette péritonite purulente. Le foyer, circonscrit à la circonférence par des adhérences assez solides, n'avait aucune communication avec la cavité intra-pelvienne. Toutefois il importe de remarquer que la vessie, l'utérus, les trompes, les ovaires et le ligament large étaient recouverts, au voisinage du foyer, de fausses membranes épaisses et jaunâtres.

L'utérus, à peine double de son volume normal, ne présentait, ni à sa surface interne ni dans son tissu, aucune trace de pus. Les ovaires étaient sains, les trompes distendues par un mucus épais, transparent.

Dans la vésicule biliaire, un calcul du volume d'une noisette, d'un vert foncé à l'intérieur comme à l'extérieur, s'écrasant sous le doigt comme du chocolat ramolli et paraissant constitué par de la bile concrète. Cellules du foie infiltrées par la matière colorante de la bile.

Poumons engoués à la partie inférieure, sains du reste.

Les intestins et le cerveau n'ont pas été examinés.

Plusieurs circonstances de ce fait curieux méritent de fixer notre attention. Je signalerai en premier lieu la nature franchement purulente de la péritonite. C'est cette purulence qui va nous expliquer la plupart des particularités et, j'ajouterai, certaines anomalies de notre observation.

S'il se fût agi d'une péritonite séro-adhésive pure et simple, nous aurions eu des phénomènes locaux très-accusés : douleurs abdominales très-aiguës, ballonnement du ventre, sensibilité à la moindre pression. Ici, au contraire, nous avons des phénomènes locaux à peine marqués et des symptômes généraux très-nombreux, très-graves et très-complexes. C'est à la purulence qu'il faut attribuer cette prédominance des symptômes généraux sur les symptômes locaux ; c'est elle qui a engendré l'état typhoïde et tout l'ap-

pareil symptomatique par lequel nous l'avons vue se manifester. C'est à la présence du pus dans le péritoine qu'il faut s'en prendre de l'apparition du muguet, des phénomènes de congestion pulmonaire, de la diarrhée persistante, de l'érysipèle, de l'eschare au sacrum, et de l'hémorrhagie intestinale dont nous avons parlé.

Quels sont les caractères anatomiques de la péritonite épiploïque? Ces caractères sont très-tranchés; ils consistent dans l'injection, la tuméfaction, la suppuration de ce tablier membraneux qu'on appelle l'*épiploon*. Je n'ai jamais rencontré la gangrène de cet organe, mais elle paraît avoir été constatée plusieurs fois par les auteurs anglais dont j'ai parlé. Si des néo-membranes ont eu le temps de s'organiser, la face antérieure de l'épiploon peut adhérer plus ou moins intimement avec la face postérieure de la paroi abdominale antérieure. Il est rare que la portion de péritoine recouvrant la surface externe des bosselures intestinales sur lesquelles repose, comme sur un coussin, le tablier épiploïque, ne participe pas dans une certaine mesure à l'inflammation de ce dernier; auquel cas les anses intestinales sont unies entre elles par leurs parties latérales, et presque toujours baignées d'une couche de liquide tantôt poisseux et analogue à une solution de gomme, tantôt constitué par une sérosité plus fluide et albumineuse, tantôt séro-purulent et mélangé de flocons épais, blanchâtres, tantôt enfin franchement purulent. Si ces exsudats sont très-abondants, on les retrouve disséminés à la surface de la masse intestinale, dans les flancs ou dans le petit bassin. Mais quelques coups d'éponge portés dans ces dernières parties permettent de reconnaître : 1° que le liquide n'a fait en cela qu'obéir à la loi de la pesanteur; 2° que les parties latérales de la cavité de l'abdomen sont parfaitement saines; 3° qu'il en est de même du petit bassin et des organes qu'il contient. Quant au péritoine diaphragmatique, périhépatique et périnéphrique, il est habituellement indemne de tout vestige de phlegmasie.

Il est facile de concevoir, d'après cette description, pourquoi sur le cadavre la péritonite épiploïque est journellement prise pour une péritonite généralisée. On trouve à l'ouverture de l'abdomen, par exemple, l'épiploon suppuré, du pus étalé à la surface antérieure du paquet intestinal, du pus dans les flancs, du pus dans le petit bassin, et l'on conclut aussitôt à la généralisation de la péritonite. En abstergeant avec soin toutes les parties baignées par l'exsudat purulent et en les examinant de plus près, on eût fini par reconnaître que la séreuse péritonéale n'était réellement enflammée que dans la région épiploïque. Il n'y a pas d'erreur possible, lorsque des

adhérences se sont organisées de manière à circonscrire, comme cela a lieu dans le cas rapporté par M. Béhier, un foyer purulent interposé comme un sac aplati entre le paquet intestinal et la paroi abdominale antérieure.

Les symptômes de la péritonite épiploïque ne diffèrent pas toujours sensiblement des symptômes de la péritonite généralisée, mais ils sont parfois très-manifestes. C'est à ces cas bien tranchés que se rapporte l'énumération des phénomènes suivants :

Au début, frisson unique violent, puis fièvre intense, bientôt suivie d'une douleur aiguë dans la région épigastrique, douleur qui se propage rapidement jusqu'à l'ombilic. L'hypogastre, les fosses iliaques, les flancs sont indolores, peu ou point sensibles à la pression. En même temps on reconnaît que la zone épigastrique est tendue, comme soulevée ; puis il se fait une tuméfaction réelle appréciable à l'œil comme à la main. Des nausées et des vomissements se déclarent, aqueux ou bilieux; la langue se sèche, les traits s'altèrent; la diarrhée alterne souvent avec les vomissements; à la dernière période, les douleurs et le météorisme s'étendent à toute la paroi abdominale antérieure, les yeux s'excavent, le nez s'effile, les joues se creusent; affaissement, stupeur, sueurs profuses, précipitation du pouls, embarras de la respiration et mort.

J'appelle spécialement l'attention sur les symptômes du début, douleurs et tuméfaction épigastriques, nausées et vomissements, et sur le signe négatif important qui se déduit de l'absence de toute sensibilité et de tout gonflement anormal dans les autres régions de l'abdomen. Mais il est un autre phénomène remarquable, que j'ai rencontré bien des fois en pareil cas et auquel je dois une mention toute particulière. C'est une sensation illusoire d'appétit, coïncidant avec une fièvre intense, et même avec les vomissements. Les malades réclament à grands cris des aliments solides, et si vous donnez satisfaction à leur désir, il est rare qu'il ne suffise pas de quelques bouchées de pain pour le calmer. D'où vient cette sensation étrange d'appétit au milieu de conditions en apparence si peu propres à la développer? Je me suis livré déjà à bien des hypothèses sur ce point curieux de physiologie pathologique, mais aucune d'elles ne m'ayant contenté, je me borne à signaler le fait.

La péritonite épiploïque est la plus grave de toutes les péritonites partielles : 1° en raison de sa tendance extrême à se généraliser; 2° en raison des troubles fonctionnels graves auxquels elle peut donner lieu : nausées, vomissements, diarrhée; 3° en raison peut-être de la mobilité extrême des organes (estomac et intestins)

avec lesquels l'épiploon enflammé est en rapport, mobilité qui doit contribuer pour une certaine part à aggraver cette inflammation.

Les applications de ventouses scarifiées et l'ipéca sont les premiers moyens de traitement qu'il faut opposer dès le début à la péritonite épiploïque. Mais si ces moyens restent insuffisants, un large vésicatoire volant placé sur la région épigastrique peut triompher des accidents, lorsqu'il ne s'agit pas d'une péritonite infectieuse, laquelle est alors presque infailliblement mortelle. L'eau de Seltz, les boissons acidules, la glace sont des auxiliaires indispensables pour calmer les vomissements ; mais si l'on remarque que la cessation de ces derniers est suivie d'évacuations diarrhéiques abondantes, mieux vaut abandonner à la nature le soin de modérer ces évacuations que de les combattre par les moyens connus, l'expérience m'ayant démontré en de tels cas que de deux choses l'une : ou bien les vomissements reparaissent quand la diarrhée est arrêtée, ou bien vomissements et flux diarrhéique se suppriment ; mais alors survient une tympanite bientôt suivie de l'issue fatale.

A la péritonite épiploïque j'assignerais volontiers deux causes principales : 1° le grand développement de l'épiploon chez certains sujets, développement qui est toujours en rapport direct avec la distension que l'estomac est susceptible d'éprouver soit dans l'acte de la digestion, soit par suite d'une disposition flatulente ; 2° les pressions auxquelles l'épiploon est exposé pendant les derniers mois de la grossesse par l'utérus considérablement développé, comme dans l'hydropisie de l'amnios, ou par toute autre cause.

(*La fin au prochain numéro.*)

Note sur l'action antiputride des hyposulfites sur les déjections infectieuses, les matières fécales et les lochies ;

Par M. le docteur Constantin Paul, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Il y a un an, aux mois d'août et de septembre 1865, je faisais paraître dans le *Bulletin de Thérapeutique* un travail sur l'action physiologique et thérapeutique des sulfites et des hyposulfites, qui résumait les expériences faites sur ces médicaments en Italie, en Allemagne, en Belgique et en Angleterre. Depuis ce temps, j'ai eu occasion de vérifier un certain nombre des assertions que j'avais rapportées dans mon mémoire, et je veux appeler aujourd'hui l'attention des praticiens sur deux faits qui montrent quel avantage on peut tirer dans la pratique de ce précieux moyen d'arrêter la putréfaction.

Le premier a trait à la désinfection des évacuations dysentériques, et l'autre à la désinfection des lochies.

Premier fait. — Au mois d'octobre 1865, pendant le choléra, j'avais à soigner, conjointement avec mon maître Trousseau, un malade d'une quarantaine d'années, atteint d'une dysenterie des plus graves, dysenterie qui faisait rendre au malade, près de quarante fois par jour, des déjections infectes. Ces garde-robes eurent même le fâcheux privilége de créer un foyer cholérique. Le malade habitait pourtant un des plus beaux hôtels de la rue Bellechasse. Son appartement, situé au second étage, était le seul occupé dans la maison depuis trois mois, il n'y avait aucun cholérique dans les environs. Eh bien, quelques jours après l'arrivée à Paris de notre malade, la femme de chambre prenait le choléra sous une forme typhoïde et mourait douze jours après dans l'algidité; le valet de chambre et le concierge furent pris du choléra peu de temps après, mais à un degré léger, puis la concierge et ses enfants, puis une seconde femme de chambre, que je fis partir dans son pays dès les premiers symptômes prodromiques. La cuisinière fut prise ensuite et eut un typhus cholérique qui dura un grand mois. Il n'y eut que deux personnes d'épargnées, la religieuse qui soignait le malade, et sa femme; mais celle-ci, appelée subitement en Italie par une maladie grave de sa mère, avait dû partir avant que le foyer d'infection ne se fût déclaré.

Attribuant la création de ce foyer cholérique, au milieu des conditions les plus salubres, à l'infection produite par ces matières dysentériques si abondantes et si affreusement odorantes, je commençai par faire garnir la garde-robe d'une solution d'hyposulfite de soude. L'odeur disparut immédiatement, et ce fut un grand soulagement pour toutes les personnes qui entouraient le malade. Mais, deux jours après, je fis mieux, j'allai désinfecter les matières dans le rectum au moyen de lavements à l'hyposulfite de soude, et je suis bien convaincu d'avoir rendu grand service au malade. A partir du moment où ces lavements furent employés, et ils le furent pendant un mois, l'intestin, moins douloureux, rendit les fèces avec moins d'effort, et les rendait complétement désinfectées. Le propre des hyposulfites est d'amener, comme je l'ai montré l'année dernière, une sorte d'anesthésie des plaies et d'embaumer les produits de sécrétion. Ces deux propriétés de l'hyposulfite de soude se sont montrées très-nettement dans ce cas. Quant à la possibilité d'empêcher la création du foyer d'infection, il est impossible de se convaincre absolument soi-même et de convaincre les autres. Le foyer

cholérique était développé quand j'ai administré l'hyposulfite de soude et que j'ai détruit la cause vraisemblable du foyer d'infection. Mais, si je l'avais fait plus tôt, le foyer se serait-il néanmoins créé ?

D'autre part, si, ayant donné l'hyposulfite avant la production de ce foyer, il ne s'était pas produit ensuite, comment aurais-je su qu'il aurait dû se produire et ne s'était pas produit ?

Cette alternative de deux épreuves sans moyen de contrôle est l'un des plus grands obstacles aux progrès de nos connaissances sur les maladies épidémiques et sur leur prophylaxie ; ce qui est certain, c'est que j'ai fait disparaître ce que je puis regarder comme la cause de ce foyer et que je me promets bien, en pareille circonstance, de désinfecter immédiatement.

Deuxième fait. — Si, dans l'infection cholérique, la cause de la production du foyer est souvent obscure et complexe, il n'en est pas de même dans l'infection puerpérale. Nous savons bien qu'après l'accouchement, les débris de sang et de placenta qui restent dans l'utérus et la surface placentaire de la muqueuse subissent un véritable travail de putréfaction. Alors, si, au lieu d'être expulsés en totalité, ces matériaux sont en partie absorbés, il en résulte l'infection putride ou purulente de l'accouchée, infection putride et purulente spécifique, il est vrai.

J'ai donc pensé à agir sur ces matières en putréfaction pour les arrêter dans leur mouvement de désorganisation. J'ai tout simplement, dans un accouchement assez récent, fait imprégner les serviettes qui garnissaient l'accouchée avec une solution d'hyposulfite de soude, et j'eus la satisfaction de voir que cette odeur si désagréable n'existait plus ni dans la chambre de l'accouchée, ni dans son lit, ni dans son linge de corps, et je suis convaincu qu'il n'y avait pas là seulement la cessation d'une chose désagréable, mais d'un danger, puisque la malade ne respirait plus ces vapeurs infectes.

Dans un accouchement tout récent, où les lochies prirent le second jour une odeur extrêmement fétide, je fis faire le premier jour deux injections, pratiquées lentement et sans force de projection, avec une solution d'hyposulfite de soude à 5 pour 100 ; l'odeur disparut presque immédiatement, et il suffit d'imbiber ensuite les compresses pour que l'odeur ne reparût plus du tout.

Je me propose dorénavant de ne plus laisser une accouchée infectée par l'odeur des lochies, puisque je possède un moyen si commode. La solution d'hyposulfite de soude n'a, en effet, ni couleur,

ni odeur, si saveur, elle a une consistance onctueuse et n'est point caustique; au contraire, elle fait disparaître la sensibilité des plaies, si bien qu'on peut, comme je l'ai indiqué l'année dernière, promener les doigts sur les plaies sans provoquer de douleur quand elles ont été pansées de cette manière. La solution d'hyposulfite n'abîme ni les linges, ni les vases, ni les métaux; elle peut être parfumée avec toutes les odeurs, puisqu'elle a pour propriété de conserver intactes les matières organiques, et qu'elle les met, pour ainsi dire, à l'abri du contact de l'air par son action éminemment réductrice ou désoxygénante.

Je rappellerai enfin que j'ai rapporté, l'année dernière, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, quatre observations de guérison d'infection putride puerpérale, au moyen de l'hyposulfite de magnésie donné à l'intérieur et du sulfite de soude à l'extérieur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des grossesses compliquées et de leur traitement;

Par M. le docteur Guéniot, chirurgien des hôpitaux.

Malgré l'existence de plusieurs travaux afférents à l'histoire des grossesses compliquées, on peut dire que le sujet dont j'aborde ici l'étude est, en réalité, un sujet inexploré qui jamais n'a été envisagé dans son ensemble, et sur lequel aucun auteur, à ma connaissance, n'a publié des recherches approfondies. Aussi, avant de pénétrer dans ses détails, convient-il d'en préciser rigoureusement l'étendue et le caractère.

Assurément rien ne semble, au premier aspect, plus clair et plus intelligible que le sens des mots *grossesses compliquées;* et cependant, il n'en est peut-être pas de plus obscur et de plus mal défini. C'est que l'arbitraire d'abord, puis l'usage, n'ont cessé de l'altérer en lui imposant des restrictions d'ailleurs peu justifiables.

En chirurgie, les lésions dites compliquées et les complications de lésion constituent deux groupes distincts ayant chacun une signification assez bien déterminée. Ainsi, toutes les fois qu'une plaie, une déchirure des gros vaisseaux ou des troncs nerveux, etc., se produisent *en même temps* qu'une fracture ou une luxation, ces dernières sont dites compliquées, tandis qu'un phlegmon, un érysipèle, etc., survenant *dans le cours* de ces affections, sont consi-

dérés comme des accidents ou des complications de la fracture ou de la luxation. Sans doute, cette distinction offre bien quelque subtilité; mais elle a été admise, jusqu'à un certain point elle est rationnelle, et ce n'est pas ici le lieu de la juger.

En tocologie, il n'en est plus de même. Une ascite, une hernie vaginale de l'intestin, ou toute autre tumeur de voisinage, se développe-t-elle chez une femme enceinte, la grossesse alors est dite compliquée au même titre que dans le cas où un kyste de l'ovaire, un polype de l'utérus, etc., s'est manifesté antérieurement à la gestation. Ainsi, que la tumeur précède ou suive le début de la grossesse, rien n'est changé dans la dénomination; et, sous ce rapport, les accoucheurs n'ont pas admis la distinction établie par les chirurgiens.

Mais, cette remarque faite, le sens des mots *grossesses compliquées* en devient-il beaucoup plus lumineux? C'est ce dont on pourra juger, par les définitions incomplètes et souvent divergentes qu'en donnent les auteurs les plus recommandables.

Ainsi, Chailly reconnaît que « la grossesse est compliquée quand une tumeur se développe en même temps que le produit. » De quelle tumeur s'agit-il? Quel doit en être le siége? Un kyste sébacé du cuir chevelu, un lipôme de la région dorsale rendront-ils la grossesse compliquée? Sur ce point, l'auteur garde un silence absolu.

Pour M. Velpeau, « la grossesse est dite compliquée quand un polype, une grande quantité d'eau, une maladie quelconque du produit de la conception ou de l'utérus viennent s'y joindre. » Dans cette définition, les kystes de l'ovaire, l'ascite, les kystes de grossesse extra-utérine, et en général toutes les tumeurs de l'abdomen, semblent exclus au profit des seules tumeurs de l'œuf ou de la matrice.

Cazeaux est plus précis, quoique encore incomplet. « On a donné le nom de grossesse compliquée, dit-il, à celle dans laquelle l'existence réelle d'un fœtus coïncide avec une tumeur pathologique dans le ventre. » Nous voyons ici mentionnée comme condition nécessaire *l'existence réelle d'un fœtus*. C'est un point à noter. Mais une exostose du bassin, un thrombus vaginal sont des tumeurs pathologiques; constituent-elles cependant un élément de la grossesse compliquée? Nous verrons bientôt qu'il existe des raisons pour repousser cette interprétation, et Cazeaux n'en laisse absolument rien pressentir.

Pour MM. Robin et Littré (art. GROSSESSE du *Dict. Nysten*), « la

grossesse utérine est dite compliquée quand il y a à la fois un fœtus et une maladie, soit de la matrice, soit de ses annexes, ou une grossesse extra-utérine. » On voit ici qu'il ne s'agit plus seulement des tumeurs, mais de toute *maladie*, soit de la matrice, soit de ses annexes.

Je pourrais facilement invoquer encore l'autorité d'autres auteurs en multipliant les citations ; mais ce soin me paraît superflu, car il n'en résulterait aucune donnée nouvelle. Que conclure, en définitive, de toutes ces divergences, sinon qu'il règne jusque dans les termes de la question une grande obscurité? Vainement, en effet, m'objecterait-on qu'il s'agit d'une simple dispute de mots, et que, pour s'éclairer, il suffit de négliger les définitions, puisqu'elles sont discordantes, pour ne s'attacher qu'à la chose elle-même, c'est-à-dire au développement du sujet. A cette manière de faire, il n'est qu'une difficulté, à la vérité décisive, c'est qu'il n'existe pas (du moins à ma connaissance) de dissertation ou d'article sur la matière. Les auteurs dont j'ai rapporté les définitions se contentent de cette simple mention du sujet, et nulle part, dans leurs ouvrages, on ne trouve un chapitre qui lui soit spécialement consacré. Le Traité de M. Jacquemier, d'ailleurs si complet et si riche en tant de choses, reste sur la question aussi muet que les précédents. Quant à MM. P. Dubois et Désormeaux, ils n'écrivent même pas, dans leur article du *Dictionnaire en* 30 *volumes*, les mots de grossesse compliquée. Le seul chapitre portant ce titre, que j'aie pu rencontrer, appartient à Dugès et se trouve dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Mais, après avoir lu attentivement les quelques pages qu'il renferme, on reconnaît aussitôt qu'il s'agit de tout autre chose que du sujet lui-même, ou plutôt, que la question y est envisagée sous un aspect tout différent de celui qui a prévalu dans l'esprit des accoucheurs contemporains.

Malgré cette réelle pauvreté, est-ce à dire que la science soit absolument dépourvue de documents sur la matière? Assurément non ; car il existe plusieurs bons travaux qui, sans traiter spécialement des grossesses compliquées, ont eu pour but d'éclairer différents points de leur histoire. C'est en mettant à profit ces recherches antérieures et en analysant les différents cas qu'il m'a été donné d'observer, que j'ai pu rédiger le présent mémoire.

Parmi les publications auxquelles je viens de faire allusion, il convient de mentionner : 1° Une thèse importante et justement appréciée d'un élève de Nægele, thèse appartenant à Puchelt et intitulée : *De tumoribus in pelvi partum impedientibus*, 1840.

2° Un travail du docteur Ashwel, inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1837, et portant pour titre : *Mémoire sur la grossesse compliquée de tumeurs intra-pelviennes, et sur la convenance de provoquer l'accouchement prématuré.*

3° Le chapitre généralement intitulé : *Dystocie par obstruction du bassin*, dans nos divers Traités classiques d'accouchements.

4° Un mémoire de M. Danyau, publié en 1846 dans le *Journal de chirurgie*, de Malgaigne : *Sur les polypes fibreux de la matrice qui compliquent la grossesse et l'accouchement, et sur le traitement qu'ils réclament.*

5° Une autre publication de M. Forget sur le même sujet spécial, dans le *Bulletin de Thérapeutique* de 1846.

6° Enfin, un travail qui m'est propre, inséré dans la *Gazette des hôpitaux de* 1864, et toujours sur cette même question : *Des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement.*

On me pardonnera ce long préambule, que j'eusse voulu abréger. Mais dans une question aussi obscure que l'est celle-ci, il m'a paru indispensable de sacrifier à la clarté le laconisme d'une courte introduction. Et c'est dans la pensée de définir nettement le sujet, de manière à prévenir toute équivoque, qu'il me semble nécessaire encore d'entrer dans quelques détails préliminaires.

Au milieu des divergences et des imperfections que j'ai signalées précédemment dans les définitions de la grossesse compliquée, on peut cependant reconnaître à ces dernières certains caractères d'uniformité et en dégager trois données sur lesquelles les accoucheurs paraissent généralement d'accord. Pour que la grossesse soit dite compliquée, il faut en effet : 1° que la gestation soit *utérine;* 2° qu'elle soit caractérisée par la *présence réelle d'un fœtus*, et non d'une môle ou de toute autre dégénérescence du produit; 3° enfin, *qu'elle coexiste avec une tumeur.*

La présence d'une tumeur étant reconnue essentielle pour constituer une grossesse compliquée, on voit immédiatement de quelle façon l'arbitraire s'est fait sentir dans la détermination du sens attaché aux mots. Ne voulant point contrevenir à l'usage, je dois par conséquent éliminer du sujet toutes les affections autres que les tumeurs, qu'elles soient générales ou locales, et qui préexistent à la grossesse. Il en est de même de celles qui surviennent pendant la gestation et qu'on distingue en deux classes, selon qu'elles sont inhérentes et subordonnées à cet état, ou au contraire qu'elles en sont plus ou moins indépendantes. Donc, toute affection qui n'est pas anatomiquement constituée par une tumeur, et j'ajoute : par une

tumeur ayant pour siége les organes maternels, ne rend pas la grossesse compliquée dans le sens qui a prévalu en obstétrique. Les tumeurs développées accidentellement dans l'œuf pendant le cours de la gestation appartiennent, en effet, aux maladies de l'œuf et sont partout étudiées et décrites avec ces dernières.

D'après tout ce qui précède, voici la définition qu'il me paraît préférable d'adopter : *La grossesse compliquée est une variété de grossesse utérine, caractérisée par l'existence réelle d'un fœtus et coïncidant avec une tumeur pathologique à évolution lente des cavités abdominale et pelvienne.* — Maintenant, deux mots de commentaire. Je dis « une variété de grossesse utérine, » afin d'exclure la grossesse extra-utérine, qu'on ne qualifie pas de compliquée, alors même qu'elle coexiste avec une tumeur. — « Caractérisée par l'existence réelle d'un fœtus, » signifie qu'il en est de même de toutes les grossesses utérines dégénérées, c'est-à-dire des grossesses vésiculaire, kystique, et, en général, de toutes celles qui sont dites *afœtales*. Ces derniers faits appartiennent aux maladies de l'œuf et, dès lors, ne relèvent pas de notre sujet. — « Coïncidant avec une tumeur pathologique. » Pourquoi *pathologique?* C'est afin d'écarter les tumeurs formées par la rétention accidentelle de l'urine ou des matières fécales. — « A évolution lente. » J'ajoute ces mots afin de retrancher les tumeurs phlegmoneuses à marche aiguë, les thrombus vaginaux, les hémorrhagies internes qui sont des accidents, mais qui ne rendent pas réellement la grossesse compliquée dans le sens restreint et arbitraire que les accoucheurs donnent à cette qualification. Enfin, les mots « des cavités abdominale et pelvienne, » indiquant un siége précis, permettent d'éliminer toutes les tumeurs plus ou moins éloignées de la matrice, et même les tumeurs vulvaires, hémorrhoïdales ou sous-cutanées de la paroi abdominale, etc.

En résumé, d'après cette définition qui me paraît bien concorder avec l'usage établi et préciser le sens des mots plus rigoureusement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, on peut voir que, dans la grossesse dite compliquée, l'utérus en gestation est, à proprement parler, assimilé à une lésion locale qu'on qualifie de compliquée toutes les fois qu'une tumeur déterminée présente quelques connexions avec elle (rapports de continuité, de contiguïté ou de voisinage presque immédiat).

En terminant ce long exposé de la question, il importe de remarquer encore que certaines tumeurs, telles que les exostoses du bassin, ne sont pas spécifiées comme étant étrangères ou appartenant aux

grossesses compliquées. Mais je n'hésite pas à distraire de ces dernières les exostoses vraies, et cela pour les raisons suivantes : les exostoses vraies se développent très-lentement et, le plus souvent, elles arrivent à un état stationnaire qui les rend tout à fait assimilables, pour les conséquences tocologiques, aux déformations du bassin. D'autre part, elles ne menacent point par elles-mêmes les jours de la femme, ce qui leur donne immédiatement un caractère spécial.

Quant aux autres tumeurs naissant des os, comme les enchondrômes, les ostéosarcômes, etc., et dont le développement progressif est tel, que bientôt elles compromettent l'existence ou la santé, elles représentent au premier chef un élément des grossesses compliquées.

Ainsi compris et délimité, le sujet de ce travail ne se trouve plus composé que de parties ayant entre elles une parenté évidente ; et, grâce à cette sorte d'homogénéité, il devient susceptible de se prêter à des vues d'ensemble et à l'étude générale qui va suivre.

Pour envisager les grossesses compliquées sous leurs divers aspects, il m'a paru convenable de passer successivement en revue :

1° Les caractères physiques généraux et la nature des tumeurs qui constituent un de leurs éléments ;

2° Leur degré de fréquence ;

3° Leurs phénomènes particuliers et leur marche ;

4° Leur diagnostic et leur pronostic ;

5° Enfin leur traitement ou leurs indications thérapeutiques.

(*La suite prochainement.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Le nouveau Codex contient quelques erreurs que j'ai cru devoir signaler à plusieurs praticiens ; tous m'ont engagé, dans l'intérêt général, à ne point les laisser passer sous silence. Permettez-moi de vous adresser les réflexions qu'elles m'ont suggérées, pensant que vous les trouverez dignes de figurer dans votre journal.

Ces erreurs m'ont d'autant plus rapidement frappé qu'elles se rattachent à deux préparations sérieuses dont depuis longtemps je me suis tout particulièrement occupé. Je veux parler du *vin* et du

sirop de quinquina ferrugineux. Ces erreurs pourraient tout d'abord paraître futiles, et cependant, en y fixant un instant l'attention, on saisit promptement que le médecin qui s'en rapporterait aux indications du Codex serait susceptible de prescrire des substances plus ou moins actives à des doses tout autres que celles qu'il aurait voulu formuler. Citons :

A la page 6 du Codex, il est dit : *Évaluations en poids des cuillerées*, etc.

Une cuillerée à café d'eau équivaut à.......... 5 grammes.
Une cuillerée ordinaire — à.......... 20 grammes.

Pour la cuillerée à café, cette évaluation peut être considérée comme exacte ; mais pour la cuillerée ordinaire, c'est-à-dire à bouche, il en est tout autrement : elle est de 15 grammes. Si, comme je l'avance et vais le démontrer, la cuillerée d'eau pèse 15 grammes, n'est-il pas évident que quand le médecin prescrira par exemple 5 grammes d'iodure de potassium dans 100 grammes d'eau distillée, s'il s'en rapporte au poids indiqué par le Codex et s'il dit à son malade d'en prendre une cuillerée matin et soir, il n'y aura d'administré que 1gr,50 d'iodure de potassium par jour, au lieu de 2 grammes, c'est-à-dire un quart en moins, ou 15 grammes en dix jours au lieu de 20 ? Quelques membres de la commission du Codex ont assurément partagé mon avis ; ce sont ceux qui ont pensé que la cuillerée de sirop équivalait à 20 grammes. En effet, la formule du sirop de quinquina ferrugineux est ainsi conçue :

Sirop de quinquina huanuco au vin.......... 1,000 grammes.
Citrate de fer ammoniacal.................. 10 grammes.

Chaque cuillerée à bouche de ce sirop contient 20 centigrammes de sel ferrique.

C'est exact, mais à la condition, bien entendu, que la cuillerée de sirop pèsera 20 grammes. On le voit donc, cette exactitude vient à l'appui de mon opinion ; car, tout le monde le sait, une cuillerée de vin, une cuillerée d'eau, pèsent beaucoup moins qu'une cuillerée de sirop, et pour mieux en faire apprécier l'importance, nous dirons qu'un flacon qui contient 375 grammes, ou 12 onces d'eau, contiendra 500 grammes ou 16 onces de sirop. Cependant, d'après le nouveau Codex, les cuillerées d'eau, les cuillerées de vin, les cuillerées de sirop, seraient toutes du même poids ; c'est assurément, dans cette nouvelle édition, une indication fâcheuse, car il est évident que le médecin qui s'en rapporterait à ces données serait indubitablement induit en erreur ; ne le sera-t-il pas, en effet, s'il croit

faire prendre 10 centigrammes de citrate de fer ammoniacal en prescrivant une cuillerée à bouche de vin de quinquina ferrugineux du Codex qui est ainsi formulé ?

Citrate de fer ammoniacal.................	5 grammes.
Vin de quinquina au malaga..............	1,000 grammes.

Une cuillerée à bouche de cette préparation contient 10 centigrammes de sel ferrique.

C'est de toute impossibilité du moment où une cuillerée à bouche de sirop, et c'est mon avis, pèse 20 grammes. L'expérience me l'a mille fois démontré : les cuillerées d'eau, les cuillerées de vin, qui sont à peu près du même poids, ne pèsent que 15 grammes, et dès lors il est bien évident qu'une cuillerée de vin ne peut contenir que 7 centigrammes 1/2 de sel de fer. En un mot, pour qu'une cuillerée à bouche de vin pût en contenir 10 centigrammes, il faudrait que la formule fût ainsi conçue :

Citrate de fer ammoniacal.................	10 grammes.
Vin de quinquina au malaga..............	1,500 grammes.

C'est celle que nous adopterons, et dès lors chaque cuillerée à bouche contiendra très-exactement 10 centigrammes, et le petit verre à madère 20 centigrammes de citrate de fer.

Je regrette qu'à l'article PILULES le Codex n'ait pas émis d'opinion sur un point qui n'est pas sans importance et sur lequel les pharmaciens sont loin d'être d'accord : je l'ai soumis à la Société de pharmacie, qui, à l'unanimité, m'a donné raison ; cependant je ne faisais appel au jugement de cette Société savante que par la raison qu'un de ses membres, pharmacien distingué, ne partageait pas mon avis. Voici le motif : Un jour, je reçus dans ma pharmacie une formule ainsi construite :

Thériaque..................................	4 grammes.

Faites des pilules de 15 centigrammes.

Déjà l'on avait fait exécuter cette formule dans une autre pharmacie ; mon confrère avait fait 45 pilules, j'en avais fait, moi, 27, qui pesaient plus de 15 centigrammes ; en un mot, je n'avais pas tenu compte de la poudre inerte qui est indispensable pour donner à la thériaque une consistance pilulaire. Assurément, l'un de nous avait mal jugé ; mais comme j'exécutais en second lieu et que les pilules de mon confrère, étant plus petites, paraissaient plus faciles à prendre, je reçus d'amers reproches par la voix d'un domestique, écho fidèle assurément. Je me trouvai dans la nécessité de

répondre par écrit; ma lettre fut communiquée à l'auteur de la formule, il me donna raison. Mais, lorsque j'ai vu des pharmaciens dire que, s'ils recevaient une formule ainsi conçue :

Extrait de belladone..........................	1 gramme;
Poudre de réglisse..........................	q. s.;

Faites des pilules de 5 centigrammes;

ils tiendraient compte de la poudre inerte, j'ai regretté que le nouveau Codex n'eût pas tranché cette question; je l'ai regretté d'autant plus que, tout dernièrement encore, un très-honorable pharmacien en chef des hôpitaux de Paris me disait que, en effet, sur ce point, on était loin d'être d'accord; il venait d'en avoir un exemple tout récent au sujet d'une formule que ses élèves étaient chargés d'exécuter.

Je termine en disant que, si l'on tient compte des substances inertes, il n'y aura jamais rien de précis; le nombre des pilules sera toujours variable, le public sera tout naturellement préoccupé et le médecin surpris des résultats différents.

Agréez, etc. Victor GARNIER.

Une cause d'altération de l'huile de faîne.

Dans tous les siècles on a voulu trouver chez celui qui exerce la médecine des connaissances en toutes choses, même dans les sciences qui sont le moins en rapport avec l'art de guérir.

De nos jours encore, l'homme de la campagne est persuadé que la tête d'un médecin doit être comme une encyclopédie : il doit pouvoir répondre à toutes les questions qu'on lui pose en chimie, en physique, en histoire naturelle, voire même en agriculture. C'est ce qui est arrivé à un honorable praticien de province : il a été choisi par deux de ses clients pour servir d'arbitre dans une discussion qui s'était élevée entre eux à l'égard d'une tonne d'huile qui avait contracté une odeur fétide tellement forte, qu'il était impossible de s'en servir. La question nous étant revenue, nous avons reconnu que l'huile en litige était rendue infecte par une certaine quantité d'eau de végétation qui s'était déposée dans le fond de la barrique.

Nous notons ce fait, parce que de semblables discussions peuvent se présenter à l'égard des huiles qui sont destinées à l'alimentation et aux préparations pharmaceutiques. Quant à l'huile de faîne, il

est essentiel que la graine soit très-sèche avant d'être soumise à la presse.

L'huile des semences du *fagus sylvatica*, bien préparée, a servi longtemps à composer certains médicaments; elle a le goût de noisette. M. Isnard, dans les *Mémoires de l'Académie*, prétend que, prise à l'intérieur, elle cause des pesanteurs d'estomac. Elle se bonifie en la conservant quelque temps dans des cruches de grès bien bouchées. Ottinger avait écrit un mémoire sur l'huile des semences de hêtre pour démontrer que cette substance égale en qualité les huiles d'olive et d'amandes douces, qu'elle pouvait très-bien servir aux besoins de la vie. Le commerce de l'huile de faîne a perdu de son importance depuis qu'on a introduit l'usage des huiles minérales; c'est un tort, pour mille motifs que le temps et des raisons d'hygiène feront connaître. MM. Brandl et Rakowiecki disent, dans la *Chimie centralbl*, 1865, page 144, qu'en raison des propriétés toxiques de la noix du hêtre, ils ont cru devoir faire l'analyse de ce fruit; ils l'ont trouvé composé d'albumine, de fécule, de résine, de gomme, d'acide citrique, d'acide oxalique, de tannin qui verdit les sels de fer, et d'un alcaloïde liquide auquel ils ont donné le nom de *triméthylamine*. La matière grasse se compose de stéarine et de palmitine.

Stanislas MARTIN.

Phosphorescence de l'atropine, des sulfates de quinine et de cinchonine.

Les sels pendant leur formation présentent souvent des phénomènes différents : chez les uns il y a abaissement, chez les autres élévation de température; d'autres fois aussi, comme dans les solutions très-saturées de sulfate de quinine, les liqueurs deviennent phosphorescentes.

Les substances végétales qui par le choc deviennent lumineuses, comme l'est le sucre cristallisé et en pain, ne sont pas nombreuses; nous croyons devoir en signaler quelques-unes pour en augmenter le nombre.

Si on se place pendant quelques minutes dans une obscurité complète, et que, après ce temps, au moyen d'une spatule en bois, on frôle légèrement de l'atropine sur les parois internes d'un flacon de verre, il s'y manifeste aussitôt des lueurs passagères qui ont la couleur de cette phosphorescence que répandent les vers luisants; les sulfates de quinine et de cinchonine sont dans le

même cas. Ce phénomène n'est pas isolé ; les chimistes savent que la blende ordinaire est phosphorescente, mais à un degré bien plus faible que ne l'est le sulfure de zinc cristallisé, que M. Sidot a obtenu par volatilisation, et sur lequel M. Edmond Becquerel a présenté un travail plein d'intérêt. Il est probable qu'avec le temps on trouvera beaucoup d'autres composés organiques et inorganiques qui jouissent de la même propriété ; ce sera un caractère physique de plus à ajouter à ceux qu'ils possèdent.

Beaucoup d'êtres animés sont phosphorescents : les poissons, les animalcules, les insectes en offrent de nombreux exemples. La peau du chat est phosphorescente ; l'homme lui-même a présenté ce phénomène.

On a souvent posé cette question : Certains bois pourris sont lumineux dans l'obscurité ; cet effet est-il dû à des animalcules, ou le bois lui-même a-t-il acquis cette propriété ? J'ignore si la question a été résolue.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Fièvre intermittente des femmes nerveuses. Insuccès constant du sulfate de quinine. Guérison par les antispasmodiques. Deux cas où la fièvre intermittente nerveuse est anomale.

Il est certaines affections qui simulent d'une manière extraordinaire la fièvre intermittente légitime : on rencontre en effet assez fréquemment, dans la pratique, des pyrexies dont les accès périodiques bien marqués ne sont en réalité que la fièvre hectique d'une lésion viscérale. Les maladies du cerveau et celles des organes urinaires sont souvent accompagnées également d'un mouvement fébrile caractérisé par des intermittences parfaites.

Tous les auteurs classiques que nous avons entre les mains donnent dans leurs ouvrages une description soignée de ces fièvres symptomatiques : aussi, à leur apparition, elles sont facilement reconnues par le praticien, qui, dès lors, n'est pas exposé à faire fausse route pour le traitement.

Mais la forme de fièvre intermittente dont nous venons dire un mot aujourd'hui a été au contraire laissée complétement dans l'oubli par ces mêmes écrivains, qui laisseraient supposer par leur silence à ce sujet qu'ils ont peut-être ignoré l'existence de cette *entité morbide.*

C'est seulement dans les *Leçons cliniques* du professeur Graves, de Dublin (t. I[er], p. 475; trad. du docteur Jaccoud), que nous avons lu, il y a quelques années, le signalement de cette fièvre, qui, au dire du célèbre médecin de Meath hospital, ne s'observe que chez les femmes nerveuses, dont elle semble l'apanage exclusif. « Après un accouchement, après une maladie aiguë, ou à la suite d'émotions morales vives, ces personnes impressionnables deviennent sujettes à des paroxysmes fébriles périodiques. J'étais mandé, il y a déjà quelque temps, par le docteur Stokes, auprès d'une dame qui, peu de temps après sa couche, avait été prise d'une fièvre tierce très-évidente; elle avait, au temps voulu, des frissons violents, puis de l'accélération du pouls, de la chaleur à la peau et des sueurs profuses. Dans l'intervalle des accès, elle se sentait bien; cependant il restait de la fréquence et de la vivacité dans le pouls, et les intermittences n'étaient pas parfaites. L'accoucheur avait donné le sulfate de quinine sans aucun résultat. En examinant cette malade, je lui trouvai un tempérament nerveux et hystétique très-nettement accusé, et je conseillai d'administrer les antispasmodiques; une mixture composée de musc, de camphre et de teinture ammoniacale de valériane, fit disparaître rapidement les accès intermittents (¹). »

Deux cas, un peu différents par la phase symptomatique, mais de nature exactement identique au fait rapporté par l'éminent praticien d'outre-mer, se sont présentés dans ma pratique, et chaque fois j'ai eu à rectifier le diagnostic des médecins, qui n'avaient vu dans ces paroxysmes fébriles qu'une fièvre intermittente légitime. La part exiguë de publicité qui a été faite à la fièvre intermittente des femmes nerveuses pourrait être de nouveau la cause d'une méprise qui se renouvellerait toujours au grand détriment des malades. Aussi j'ai cru de mon devoir d'attirer l'attention des praticiens sur cette forme spéciale de fièvre périodique, et je m'estimerais heureux d'avoir pu contribuer, pour ma faible part, à en vulgariser la connaissance.

Obs. I. Au mois d'avril 1865, j'étais appelé auprès d'une jeune femme de dix-huit ans, accouchée depuis un mois, et subissant depuis trois semaines des accès de fièvre intermittente tierce. Depuis le début de la maladie, le sulfate de quinine et le quinquina avaient été administrés sous toutes les formes *intus et extrà*, sans jamais

(¹) *Loc. cit.*

avoir amené la moindre amélioration. Les médecins qui visitaient Marie Blanc ayant déclaré qu'il fallait néanmoins persister dans l'usage de cette médication, je fus alors consulté.

Un examen attentif de la malade, pendant l'intervalle d'un accès, m'apprend que, quoique très-amaigrie et d'une grande pâleur, cette jeune personne n'a cependant aucune lésion organique. Le volume de la rate est normal; à la région du cœur mon oreille perçoit distinctement le bruit de souffle caractéristique de la chlorose. Le résultat de mon exploration m'ayant tout d'abord fait écarter l'idée d'une fièvre symptomatique, je songeai alors à la fièvre intermittente nerveuse de Graves, et les renseignements que je recueillis ne tardèrent point à confirmer mon opinion. Sans avoir été malade jusqu'à cette époque, cette femme a toujours eu une santé délicate et offre à l'œil de l'observateur tous les attributs d'un tempérament nerveux franchement caractérisé. Son accouchement n'a présenté rien d'insolite, mais, l'enfant n'ayant vécu que quelques jours, cette perte impressionna très-vivement la mère.

Un septenaire après sa couche, vers les trois heures du soir, elle est prise tout à coup d'un frisson assez long, et, presque aussitôt après, dix à quinze minutes étaient à peine écoulées, qu'une gêne considérable dans l'acte respiratoire l'oblige de se tenir assise sur son lit. Cet état se maintient pendant deux heures environ, ensuite frisson et dyspnée sont remplacés par des sueurs profuses dont la durée est de deux à trois heures; cette scène morbide se reproduit exactement de la même manière quarante-huit heures après, et ainsi de suite tous les deux jours. Le pouls est fébrile pendant tout le temps de l'accès, dont le retour varie de deux à six heures du soir.

Les causes occasionnelles de la fièvre intermittente des femmes nerveuses sont ici toutes réunies : tempérament nerveux, accouchement, émotions morales, aucune ne fait défaut à l'appel pour mettre sur la voie du diagnostic. Mais si j'avais eu le moindre doute, il aurait bien vite disparu après que j'eus constaté l'orthopnée, *manifestation essentiellement nerveuse*, qui venait trahir l'incognito que garde d'ordinaire dans ses allures la fièvre décrite par Graves.

J'annonçai donc avec la plus grande confiance à cette pauvre patiente une prompte guérison qui, heureusement, ne se fit pas attendre.

La formule employée par le professeur de Dublin dans le traitement de cette affection n'étant pas pour lors présente à mon souvenir, je choisis de préférence, parmi les antispasmodiques, la belladone, à

cause de sa propriété anti-asthmatique. Une pilule composée de 1 centigramme de poudre et de 1 centigramme d'extrait fut prise trois fois par jour. Dès lors, les accès ne reparurent plus que deux fois très-affaiblis, et, dix jours après, la médication antispasmodique était suspendue.

Pendant un mois et demi, Marie Blanc fut soumise aux préparations ferrugineuses et à un régime approprié qui la débarrassèrent de sa chlorose.

Obs. II. Agée de quarante ans, la femme Arnaud, que je visitai le 31 mai 1866, se trouve absolument dans les mêmes conditions que Marie Blanc. Cette femme, d'un tempérament nerveux très-accusé, a perdu son enfant dans les premiers jours du mois, quelques jours après sa couche, et, depuis lors, elle est en proie à une fièvre tierce dont l'emploi constant des antipériodiques n'a pu la débarrasser. Ses accès se font remarquer par l'absence du deuxième stade, et pendant la période du frisson la malade se plaint d'éprouver cette sensation pénible de constriction connue sous le nom de *boule* ou *globe hystérique*.

Le même traitement par la belladone fut suivi d'un succès tout aussi rapide que dans le cas précédent.

En résumé, d'après le fait que nous avons emprunté à l'illustre témoignage de Graves, il est de toute évidence qu'il existe chez les femmes nerveuses une fièvre en tout semblable, *pour la forme*, à la fièvre intermittente tierce légitime.

Bien plus, et c'est là que réside tout l'intérêt de nos deux observations, cette pyrexie des femmes nerveuses peut pousser l'imitation de la fièvre périodique jusqu'à simuler ses anomalies. Ainsi, on voit des fièvres intermittentes n'avoir qu'un ou deux des trois stades ordinaires ; la fièvre intermittente des femmes nerveuses doit apparaître aussi avec toutes ces manifestations incomplètes, puisque, dans les deux cas que nous avons observés, le premier et le troisième stade caractérisent seuls l'accès.

Mais, dans nos observations, là ne se borne pas l'anomalie : la nature de cette fièvre périodique est essentiellement nerveuse, son étiologie, l'idiosyncrasie des sujets chez qui on l'observe, sa guérison au moyen des antispasmodiques le démontrent surabondamment; et cependant dans la symptomatologie de Graves l'élément nerveux est toujours larvé, tandis que, chez les personnes que nous avons soignées, il se trahit chez l'une par le globe hystérique, chez l'autre par l'orthopnée.

Ces phénomènes nerveux, qui facilitent le diagnostic, ne sauraient être confondus avec les névroses périodiques, qui ne s'accompagnent jamais de fièvre, et qui, du reste, ne résistent guère à l'action du sulfate de quinine.

Ainsi donc, toutes les fois qu'après un accouchement, après une maladie aiguë, ou à la suite d'émotions morales vives, des personnes à tempérament nerveux et hystérique seront sujettes à des paroxysmes fébriles périodiques, on devra avoir présente à l'esprit la possibilité d'une fièvre nerveuse intermittente.

Mais le doute qui cherche à s'éclairer avec discernement doit se changer en certitude complète, si, comme chez les sujets soumis à notre observation, des symptômes nerveux s'ajoutent à l'accès, et que le sulfate de quinine ait été donné sans aucun résultat; on administrera alors sans hésitation les antispasmodiques, qui auront facilement raison de cette affection dont l'hypocrisie seule fait toute la force.

D[r] Cantel,
des Mées (Basses-Alpes).

Melun, 12 septembre 1866.

Monsieur et très-honoré confrère,

Le *Bulletin de Thérapeutique* se propose de faire connaître aux praticiens les médications nouvelles et les applications faites, les résultats obtenus par celles déjà connues. C'est cette considération qui m'a engagé à vous communiquer les résultats que j'ai obtenus pendant l'épidémie cholérique. Il n'est pas permis de parler du choléra; je le regrette, car, à mon avis, c'est un non-sens; je mets donc toute discussion scientifique de côté, et vous prie d'insérer, si vous le jugez convenable, le résultat suivant :

Placé dans une position qui m'a permis d'étudier les symptômes de l'épidémie régnante, je me suis attaché à prévenir le choléra en arrêtant la diarrhée prémonitoire.

Mes observations portent sur plus de deux cents malades, tant civils que militaires, et de ces observations rigoureuses il résulte que :

1° Il n'y a pas eu de cas foudroyant;

2° Toujours le choléra a débuté par la diarrhée prémonitoire;

3° Les malades qui ont eu le choléra confirmé avaient caché leur maladie, malgré ma vigilance, dans la crainte d'être envoyés à l'hôpital du Gros-Caillou : ils étaient presque tous affaiblis par des excès alcooliques;

4° J'ai arrêté infailliblement la diarrhée à son début au moyen de la potion suivante, aidée du régime et de l'application des principes hygiéniques :

Pr.	Sirop de ratanhia.....................	40 grammes.
	Teinture de cachou....................	15 grammes.
	Carbonate de chaux lavée.............	5 grammes.
	Laudanum de Sydenham..............	25 gouttes.
	Eau distillée de menthe..............	150 grammes.

Prendre une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Je crois qu'après un résultat aussi concluant, il est permis de dire qu'on peut arrêter la diarrhée prémonitoire à son début, et par suite les phénomènes cholériques consécutifs.

Il vaut mieux prévenir que guérir, surtout quand la thérapeutique du choléra laisse tant à désirer.

Je ne saurais donc trop engager mes confrères à ne pas hésiter à prescrire la potion indiquée dans le cas de diarrhée provenant d'une influence épidémique.

Recevez, etc.

Dr E. Gobert,
Aide-major de 1re classe aux carabiniers de la Garde.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire des connaissances chimiques, par M. E. Chevreul, membre de l'Institut. — Tome Ier.

S'il est une science qui, par ses progrès continus depuis cinquante ans, se soit en quelque sorte transformée, c'est la chimie. L'histoire que se propose de tracer de cette science un des hommes qui ont le plus contribué à son évolution dans ses parties les plus neuves, sera donc, on peut le prévoir à l'avance, le tableau le plus intéressant qu'on puisse imaginer, et qui, en même temps, témoignera le plus éloquemment de la puissance de l'esprit humain. Mais avant d'aborder l'objet même de cette importante publication, l'exposé technique de l'histoire de la chimie, M. Chevreul a cru devoir consacrer tout un premier volume à exprimer ses idées, idées souvent originales, sur certaines notions de philosophie générale, sur les notions essentielles de la chimie pure, sur les relations de celle-ci avec les sciences collatérales, sur les lumières qu'elle en reçoit et sur le concours qu'elle leur prête, sur la méthode scientifique, sur la caractéristique des faits dans les diverses sciences, enfin sur la question du spiritualisme et du matérialisme, qu'on

trouve infailliblement au bout de toute science humaine, comme elle surgit immanquablement au bout de toute vie consciente qui, à force de les nier, n'a pas éteint les plus nobles instincts de l'esprit et du cœur.

Il nous faudrait un beaucoup plus long espace que celui dont nous pouvons disposer ici pour exposer seulement les questions complexes que nous venons d'indiquer, et placer en face de chacune d'elles les solutions qu'en donne l'illustre membre de l'Institut. Nous nous contenterons, ainsi que cela nous arrive quelquefois, de glaner, dans ce vaste champ de recherches et de méditations profondes, un certain nombre d'inductions rigoureuses et quelques idées originales qui nous paraissent dignes au plus haut degré de fixer l'attention des savants et des penseurs.

Après avoir établi que nous ne connaissons la matière, les corps, que par abstraction, c'est-à-dire que par les propriétés qu'ils manifestent, et qui sont des faits, quand elles ont été déterminées, définies d'une manière précise, M. Chevreul aborde une question capitale, celle de la méthode. Cette méthode, on le prévoit à l'avance, est l'observation, sans laquelle les propriétés de la matière dont nous venons de parler ne sauraient être atteintes, et qui, seule, a affranchi la science du pur conceptualisme. Mais l'observation conçue comme quelques-uns ont tenté de l'établir en médecine, et consistant uniquement dans la constatation des faits, est un pur empirisme, auquel ne s'arrête pas l'esprit élevé de notre savant auteur. Dans sa pensée, l'observation est plus que cela; elle a trois fonctions à remplir pour toucher au but auquel elle aspire, la vérité. La première de ces fonctions est l'observation des phénomènes; la seconde, le raisonnement, dans le but de découvrir la cause immédiate de ceux-ci; et enfin l'expérience, dont l'intervention est ici requise pour contrôler les conclusions du raisonnement. C'est parce qu'il la conçoit ainsi, et parce que l'infirmité de l'esprit humain le force à la concevoir ainsi, que M. Chevreul désigne cette méthode sous le nom de *méthode expérimentale à posteriori*. La méthode d'observation ainsi formulée nous éloigne singulièrement d'une méthode naguère célèbre parmi nous, le numérisme; non-seulement elle ne frappe pas d'interdit l'intelligence, mais elle fait de son concours actif une condition de l'élaboration de la science, et l'hypothèse elle-même y devient légitime, parce que, bien que ne constituant qu'une simple probabilité, elle est propre à lier entre elles les propositions dont l'exactitude est susceptible d'être démontrée conformément aux règles de la méthode expérimentale.

Cette netteté de vues, cette précision d'idées qui marque d'un cachet particulier le livre de M. Chevreul dans les pages qu'il a consacrées à la philosophie générale de la science, on les retrouve, et avec plus de rigueur encore, dans le chapitre où il embrasse d'un coup d'œil général l'étendue du domaine de la chimie. Il faut lire ce chapitre avec une extrême attention, si l'on veut en tirer tout le profit que des notions profondes doivent apporter à l'esprit véritablement animé d'un sincère désir d'apprendre; il faut lire et relire ces pages, où sont concentrées, en un style simple et clair, les notions fondamentales de la science dont traite spécialement l'auteur. Une analyse, si large qu'elle fût, n'y saurait suppléer. Nous en détacherons seulement quelques vues qui nous touchent de plus près, et qui montreront au lecteur du *Bulletin général de Thérapeutique* que notre science difficile a ses replis cachés dans cette science générale, et qu'un jour peut-être jailliront de là des lumières imprévues pour éclairer les questions fondamentales qui s'y posent. Après avoir distingué d'un trait nettement caractéristique les propriétés physiques et les propriétés chimiques des corps, et qui se manifestent hors de nous, l'auteur s'efforce de caractériser les propriétés de la matière qu'il appelle *organoleptiques*, parce qu'elles se manifestent uniquement au contact des corps vivants. Écoutons un instant sur ce point l'auteur lui-même : « Les propriétés organoleptiques, dit-il, au contraire des propriétés physiques et des propriétés chimiques, sont en nous. Sans doute la lumière est réfléchie et absorbée intégralement par certains corps : elle est réfléchie et absorbée non intégralement par d'autres corps indépendamment de nous; mais le blanc, le noir, les couleurs sont en nous; ce sont des sensations que nous percevons. Il en est de même des sensations de chaud et de froid; il en est de même encore des différents sons perçus par l'intermédiaire de l'air, ou de tout autre corps sonore. Les mouvements vibratoires sont bien les causes du son; mais les sons perçus sont en nous, et ils résultent d'un certain nombre de vibrations, de sorte qu'au-dessous et au-dessus de ce nombre, nous sommes insensibles à ces vibrations. Les saveurs et les odeurs me semblent devoir être attribuées à des mouvements vibratoires que les corps sapides et les corps odorants excitent dans l'organe du goût et l'organe de l'odorat. J'étends les propriétés organoleptiques aux aliments dont la matière s'assimile à nos organes, aux remèdes, aux poisons, aux miasmes, aux virus, aux venins, enfin à toute matière capable d'agir dans l'intérieur du corps des animaux. » Il est bien difficile de démontrer qu'à l'exemple des

sons et des couleurs, les derniers corps dont nous venons de parler, en conflit avec l'organisme vivant, agissent ainsi que l'entend M. Chevreul. Il nous a semblé pourtant que cette vue de l'esprit, qui ne se fonde que sur une très-lointaine analogie, devait être signalée.

Nous appellerons également l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur les vues originales que développe M. Chevreul sur les rapports de la chimie avec l'histoire des êtres vivants, sur l'histoire des espèces considérées relativement à leur classification, et surtout sur l'application qu'il fait à ces êtres des principes qu'il appelle de l'*état antérieur* et de l'*état ultérieur*. L'auteur n'ignore pas que ces principes se rapprochent singulièrement du principe téléologique ; il n'ignore pas davantage que, sous le nom plus connu de *causes finales*, on a plus d'une fois abusé de ce principe, et qu'on a ainsi préparé d'éclatants échecs à la cause même qu'on voulait servir ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a dans les choses une harmonie générale qu'on ne saurait nier, il n'est pas moins vrai, qu'à nous borner à un fait saillant, la permanence de la forme dans l'espèce animale ou végétale bien définie suppose dans le germe dont elle dérive une force d'évolution, une force de *devenir* qui est le principe de son unité même. Mais je ne veux pas m'appesantir davantage sur cette question, où sont impliqués les plus redoutables problèmes qui de toute part s'agitent en ce moment, et je vais terminer cette trop rapide esquisse en indiquant la conclusion philosophique à laquelle s'est arrêté sur ces questions le membre éminent de l'Institut, après tant et de si profondes méditations. Dans une des plus intéressantes parties de son livre, M. Chevreul se demande si, en face du vaste développement actuel de la science, des sciences, lequel des deux, du théisme ou de l'athéisme, est la conclusion la plus logique, et il n'hésite pas une seconde sur cette question. Sans sortir du cercle de la démonstration purement physique, comme on dit dans l'école, sans remonter jusqu'à l'argument de la cause première, nécessaire, ou à l'idée de l'infini dans une intelligence finie, etc., notre illustre auteur établit de la manière la plus rigoureuse qu'une puissance intelligente, créatrice, ou tout au moins organisatrice, est aussi nécessaire à la conception du vaste ensemble du monde que celle de l'homme pour les diverses créations de l'art. On sait que la marotte du jour est celle-ci : Les plantes, les animaux, l'homme, en d'autres termes la vie, sont sortis un jour de la matière jusque-là inerte ; mais comme nous ne voyons rien de semblable se produire actuellement

sous nos yeux, cela est tout simple, dit-on, c'est qu'alors la nature avait une puissance qu'elle a perdue depuis. « Voilà, répond M. Chevreul à cette argumentation tout hypothétique, ce que je ne conçois pas, ni au point de vue de la composition chimique des corps vivants, ni au point de vue de leurs facultés instinctives et intellectuelles. Si je me représente sans difficulté des époques où les forces de la matière, au point de vue de la constitution physique du globe, agissaient dans l'atmosphère et dans l'écorce terrestre avec plus d'intensité qu'aujourd'hui, de sorte que de vastes chaînes de montagnes étaient soulevées et que de grands cataclysmes, en creusant de profondes vallées, changeaient le relief des plaines, je ne me représente plus l'influence de cette puissance qui développe la vie; car la composition chimique des êtres vivants ne souffre ni une grande chaleur, ni une forte électricité; elle cède même à ces forces en se simplifiant dans sa composition. Les composés produits sous l'influence de la vie sont plus complexes généralement que les composés de la nature inorganique; leur stabilité est moindre et leur formation plus lente. Dans cet état de choses, il faudrait donc expliquer comment cette nature serait assez puissante pour engendrer la vie, tout en étant cependant incapable d'altérer la composition chimique des produits vivants. » Nous ne savons, mais il nous semble que M. Chevreul se montre ici un peu exigeant. Est-ce qu'on tient à expliquer les choses dans les systèmes d'athéisme modernes? on y fait du dogmatisme, et rien de plus; jamais, en philosophie naturelle, on n'a fait d'*à priori* comme on en fait dans cette direction, où l'imagination se donne libre carrière et s'élance à toute bride : c'est le mysticisme de Plotin ou de Jamblique à l'autre extrémité de la ligne qui enchaîne les effets à leur cause. De grands mots planent sur ce vide; c'est l'onomatolâtrie qui succède à l'idolâtrie, l'erreur n'a fait que changer de nom. Quoi qu'il en soit à cet égard, qu'on veuille peser à la balance du bon sens l'argument décisif que faisait valoir tout à l'heure notre savant auteur, et nous nous persuadons qu'avant d'y répondre, les accoucheurs du néant auront longtemps encore besoin de fourbir leurs armes.

« En résumé, dit encore le savant académicien que nous ne nous lassons pas de citer, avec notre science si imparfaite, comment osez-vous trancher la question capitale de l'homme? Parce que vous ne concevez pas Dieu (il faudrait dire : « parce que vous ne vous le représentez pas, » car on le conçoit tout au moins comme idée), vous le niez! Mais l'espace existe, vous le reconnaissez! Est-il limité ou sans limites? J'avoue mon humilité, incapable que

je suis de le concevoir ni avec des limites, ni sans limites. Eh bien, si, à votre exemple, je niais l'espace, que diriez-vous de ma conclusion ? »

Voilà la vérité, et tout esprit droit doit s'incliner devant elle, comme la tête de Newton s'inclinait devant le nom qu'elle exprime. Restons tous de ce bon côté de l'humanité ; si nous nous en sommes un instant écartés en voulant pénétrer trop avant dans les brouillards de la science, hâtons-nous d'y revenir : les cauchemars de l'athéisme ne sont pas la vie normale de l'homme.

Il est peu d'ouvrages qui, dans ce siècle écrivassier, aient une si haute portée que celui dont nous venons de parler ; aussi bien nous proposons-nous d'y revenir.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Érythème produit par l'action du cérat. — Je crois utile de faire connaître aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* un fait curieux dont j'ai été vivement frappé et qui s'est produit dans mon service à Bicêtre.

Le nommé Bachelet, vieillard administré de la maison, était entré à l'infirmerie pour une légère excoriation du coude droit. Je prescrivis un pansement simple au cérat. Le malade me prévint que l'emploi du cérat, loin de guérir sa plaie, l'aggraverait au contraire notablement. Il avait observé jadis que le pansement d'un vésicatoire et de quelques autres petites plaies par le traitement classique, et ordinairement si inoffensif, de nos hôpitaux avait été extrêmement douloureux et nuisible à la cicatrisation.

N'ayant jusqu'alors observé aucun sujet dont la peau contre-indiquât l'emploi du cérat, je mis un peu en doute le récit du malade, et n'appliquai toutefois qu'un linge mouillé sur son coude. Je fis ensuite sur la cuisse droite une légère friction avec le cérat ordinaire de la salle servant aux pansements journaliers des autres malades et appliquai une compresse et une bande sur le membre. Pendant ce temps, un des internes du service, M. Laurent, essuyait son doigt enduit de cérat sur une autre partie du corps, à l'insu du malade, préoccupé de mes questions. En enlevant moi-même la bande le lendemain matin, nous constatâmes la présence, sur tous les points touchés par le cérat, d'un érythème avec papules confluentes et quelques vésicules. Le malade avait fort mal dormi la

nuit et comparait ses douleurs à celles que produit un vésicatoire.

Voulant rechercher la cause de ce phénomène, et le malade s'y prêtant d'ailleurs de très-bonne grâce, j'ai fait les quelques expériences suivantes : Une friction a été pratiquée sur le bras gauche avec de l'axonge frais à réaction neutre, il ne s'est produit rien à la peau. Le malade avait plusieurs fois employé l'huile d'olive seule et n'avait rien ressenti. J'ai fait ensuite une friction légère sur le bras droit avec du cérat jaune des hôpitaux, d'aussi bonne qualité que possible, et sur le bras gauche avec du cérat blanc également très-frais. Le bras droit était le siége le lendemain d'un érythème papuleux très-intense; le bras gauche offrait seulement quelques papules. Le cérat jaune donna au papier de tournesol une réaction fortement acide et le cérat blanc une réaction presque neutre. C'est à l'acidité que le malade attribue ce singulier effet de l'action du cérat.

Quelle que soit la cause, il ne résulte pas moins de ce fait que le cérat, dont nous nous servons chaque jour dans les hôpitaux, d'une qualité aussi bonne que possible, peut déterminer, dans certains cas, un érythème très-intense.

Si j'ai appelé l'attention sur cette petite observation, en apparence presque insignifiante, c'est qu'elle me paraît, au contraire, présenter un certain degré d'intérêt. Le vieillard en question n'est probablement pas le seul dont la peau ne puisse supporter le contact du cérat ; or, je suppose qu'il ait eu, ou qu'un malade ait à subir une opération, et que, non prévenu, le chirurgien applique le pansement cérató, n'est-il pas évident qu'un des grands accidents de la pratique hospitalière, l'érysipèle, pourra en être la conséquence ? C'est ce côté pratique qu'il m'a paru intéressant de faire ressortir.

Dr P. Tillaux,
Chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Rhumatisme blennorrhagique chronique ; guérison par les bains de vapeur térébenthinée. M. C***, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament bilieux, étant atteint de blennorrhagie, se coucha et s'endormit sur l'herbe, au mois d'août 1851. A son réveil il avait froid ; le soir même il fut pris de fièvre, et le lendemain il ressentit une douleur avec chaleur, rougeur et gonflement dans le genou gauche. M. C***, aide-major dans un régiment de cavalerie, se traita lui-même par des compresses d'eau éthérée, des cataplasmes laudanisés, des purga-

tifs, etc.; en même temps qu'il combattait sa blennorrhagie par le copahu et les injections à l'azotate d'argent. Il put se lever au bout de six semaines; mais pendant longtemps l'articulation présenta un état de roideur et d'empâtement, avec craquements dans les mouvements du membre, qui ne céda que lentement à des douches de vapeur. Au mois d'août 1852, nouvelle blennorrhagie, suivie au bout de peu de temps de douleur vive dans la hanche gauche, laquelle ne fut dissipée qu'au bout de six semaines par des bains de vapeur et des frictions avec le baume Opodeldoch. En juillet 1855, troisième blennorrhagie, douleur intense dans l'épaule gauche; guérison au bout de deux mois. Enfin, au mois de juin 1856, à la suite d'une quatrième blennorrhagie, rhumatisme de l'articulation tibio-tarsienne gauche, puis de la droite à un moindre degré, de l'épaule gauche, et en outre lumbago.

C'est dans cet état qu'au bout de deux mois M. C*** vint réclamer les soins du docteur Macario, qui ordonna les bains résineux combinés à l'hydrothérapie. Le malade prit dix-huit bains, suivis de la douche ou de la piscine; des douches en pluie ou en jet furent administrées dans la journée, ainsi que des douches locales sur le pied gauche. Au bout de vingt jours il y avait une grande amélioration: le lumbago et la douleur de l'épaule avaient disparu; l'enflure du pied avait considérablement diminué et les mouvements étaient redevenus beaucoup plus libres. L'impulsion favorable continua ensuite jusqu'à parfaite guérison.

Nous avons rapporté ce fait plutôt pour la remarquable circonstance du retour opiniâtre du rhumatisme à chaque nouvelle attaque de blennorrhagie. Cependant, au point de vue thérapeutique, bien qu'il nous semble que d'autres agents eussent pu triompher du mal, nous ne faisons pas difficulté d'admettre que les moyens employés, et notamment les bains de vapeur térébenthinée, n'ont pu qu'avoir une influence favorable. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1866, nº 16.)

Ozène opiniâtre traité avec succès par les douches nasales. M. Gailleton, chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, vient de publier deux observations d'ozène rebelle à diverses médications, et guéri en définitive par des irrigations faites avec de l'eau chargée de principes médicamenteux.

La première de ces observations concerne une jeune personne de dix-sept ans, atteinte, depuis deux ans et demi, d'une affection des fosses nasales caractérisée par une odeur de punaise, assez fétide pour avoir obligé ses parents à la retirer de la pension où elle faisait ses études. Plusieurs médecins ont été consultés et ont prescrit des antiscrofuleux: huile de foie de morue, iodure de potassium, etc.; des insufflations avec des poudres absorbantes ou désinfectantes; des lotions avec des liquides plus ou moins caustiques. Ces divers moyens ont été d'une complète inefficacité.

L'examen de la muqueuse nasale ne laisse rien voir de pathologique. Un mucus fétide abondant sort par les narines de temps en temps. L'odorat est, en grande partie, aboli. Il est difficile de rapporter à une lésion ulcéreuse l'odeur fétide exhalée par les narines malades. L'absence de congestion de la muqueuse tend bien plutôt à faire supposer qu'il s'agit ici d'un ozène idiopathique, lié à une altération spéciale du produit de sécrétion de la pituitaire.

Après avoir employé en vain le traitement général par l'iodure de potassium, les insufflations de poudres d'alun et de camphre, les lotions avec la solution de nitrate d'argent au vingtième, la solution de permanganate de potasse et l'acide phénique, M. Gailleton cautérisa sans plus de succès et à plusieurs reprises le fond des cavités nasales. Le traitement avait été commencé en janvier; au commencement de mars, ce chirurgien songea aux irrigations, qui furent pratiquées au moyen d'un grand appareil Eguisier.

Une première série d'irrigations (trois par jour, chacune de quatre litres de liquide) fut faite avec de l'eau additionnée d'une cuillerée à bouche de sel gris pour deux tiers de litre environ.

On se servit ensuite d'une décoction de feuilles de noyer avec addition de sel et d'une décoction de roses de Provins avec 4 grammes d'écorces de ratanhia par litre de liquide. Ces liquides furent successivement employés pendant un mois.

Après ce laps de temps, on laissa reposer la malade pendant quelques jours; mais le dixième jour, l'odeur commençant à revenir, la jeune fille recommença immédiatement les irrigations.

M. Gailleton pensa alors que des

agents plus énergiques étaient nécessaires pour modifier profondément la vitalité de la muqueuse, et il employa successivement pendant huit jours chacune : 1° une solution d'alun, 5 grammes par litre ; 2° une solution de sulfate de zinc, 1 gramme par litre ; 3° une solution d'azotate d'argent, 10 centigrammes par litre.

Le 21 mai, le traitement est suspendu. La jeune fille reprend ses occupations habituelles et retourne à sa pension. Le dimanche et le jeudi, elle fait, par mesure de précaution, une irrigation avec un litre seulement d'eau ordinaire matin et soir ; aucune trace d'odeur n'a reparu jusqu'à présent. La jeune fille a pris pendant deux mois du sirop d'iodure de fer, du fer réduit et des bains sulfureux tous les quatre jours.

Le sujet de la seconde observation, jeune homme âgé de dix-neuf ans, avait une obstruction des narines avec punaisie chronique et inflammation de l'oreille moyenne. Bien des tentatives furent faites pour le débarrasser de sa maladie, mais vainement, et, comme dans le cas précédent, il était réservé aux irrigations de réussir là où les autres moyens avaient échoué. (*Journal de médecine de Lyon.*)

Observation de hernie lombaire. Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, admis à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, le 12 novembre, dans le service de M. le professeur Bouisson pour une contusion. La hernie présentait les caractères suivants : à la partie postérieure du flanc gauche, tumeur arrondie, sessile, du volume du poing, un peu aplatie de haut en bas, sans changement de couleur à la peau, indolente, molle, fluctuante, sonore à la percussion, augmentant de volume par la station debout, la toux, les efforts, etc., facilement réductible avec ou sans gargouillement, limitée en haut par la dernière fausse côte, en bas par la partie postérieure de la crête iliaque, en arrière par les muscles spinaux et le bord antérieur du grand dorsal, en avant par un relief des muscles larges de l'abdomen. Sa réduction laisse un enfoncement très-marqué, par lequel la main pénètre pour ainsi dire dans la cavité abdominale, par une ouverture de 5 ou 6 centimètres de diamètre. L'intestin n'est séparé de la peau que par la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, doublée du *fascia-propria*. Cette tumeur, qui date de trois ans, s'est manifestée à la suite d'un violent coup de poing asséné dans le flanc gauche.

Le malade dit ne pas souffrir de sa hernie, excepté quelques coliques légères lorsque le cours des matières fécales n'a pas sa liberté habituelle. Il avoue toutefois qu'il se trouve moins bien et que la tumeur a grossi depuis qu'il a cessé de porter un bandage coutentif, que lui avait fait faire M. le docteur Réveil, de Nîmes.

M. le professeur Bouisson a construit pour ce malade un bandage consistant en une ceinture large de 10 à 12 centimètres environ, faite d'un tissu élastique en caoutchouc non vulcanisé, recouvert d'une trame de coton, terminée à une de ses extrémités par trois courroies, devant s'engager dans trois boucles cousues sur l'extrémité opposée. Sur sa face interne, à gauche, au point correspondant à la hernie, est fixée une pelote à peu près ovalaire, à grosse extrémité tournée en avant, à bord supérieur légèrement concave pour s'accommoder à la convexité du bord inférieur de la cage thoracique. Cette pelote, reposant sur une plaque métallique de même forme qu'elle, est convexe sur le milieu de sa face interne, afin d'obturer l'ouverture qui a livré passage à la hernie. Elle mesure 13 centimètres d'avant en arrière, 10 centimètres de haut en bas à sa grosse extrémité antérieure, et 6 centimètres seulement à sa petite extrémité postérieure. (*Montpellier médical*, 1866, n° 41.)

De la gastrotomie dans le cas de tumeurs fibreuses péri-utérines. Après avoir assisté, d'abord comme spectateur, puis comme aide, aux opérations de gastrotomie pratiquées par M. Kœberlé, M. le docteur Caternault a réuni, dans un très-intéressant mémoire (1), les relations des huit premières ablations de matrice exécutées par notre savant confrère de Strasbourg. Nous reproduisons les conclusions qui résument ce travail :

Les tumeurs fibreuses de la matrice constituent une affection très-fréquente. Elles peuvent être régulièrement divisées, au point de vue du manuel opératoire, en *tumeurs fibreuses intra-utérines*, et *tumeurs fibreuses péri-utérines*. Ces dernières sont passibles (et aussi les intra-utérines) d'un grand

(1) In-8°. Paris, 1866. J.-B. Baillière et fils.

nombre de transformations, rarement salutaires, quelquefois compromettantes pour la vie de la malade, et presque toujours embarrassantes pour le diagnostic.

L'histoire symptomatologique de ces tumeurs, encore à peine ébauchée, mérite toute l'attention des observateurs, principalement à l'endroit des signes qui pourraient les faire différencier du cancer, de la grossesso, et surtout des tumeurs ovariques.

La plupart du temps elles n'entravent pas l'existence; mais, dans des circonstances données, elles peuvent rendre la vie insupportable, et même conduire les malades au tombeau. Elles sont surtout dangereuses dans l'état de grossesse.

L'extirpation des tumeurs fibreuses péri-utérines par la gastrotomie, dans des circonstances données, est une opération possible, et qui mérite de prendre rang parmi les grandes opérations de la chirurgie.

Indications principales de l'opération : (*a*) On peut opérer les tumeurs fibreuses péri-utérines, gênantes par leur volume, par leur siége, par les accidents qu'elles occasionnent; et on doit opérer celles qui menacent d'abréger promptement la durée de l'existence par leurs progrès rapides, ou leur volume acquis. — (*b*) Les jeunes femmes surtout doivent être soumises à l'opération, parce que, chez elles, l'affection n'a pas de tendance à s'arrêter dans sa marche.—(*c*) L'opération doit être pratiquée autant que possible avant que la santé soit trop compromise, avant que la tumeur ait acquis un volume trop considérable.

Contre-indications à l'opération : (*a*) Affection cancéreuse, et maladies pouvant par elles-mêmes compromettre l'existence.—(*b*) Adhérences trop étendues, devant nécessiter une opération longue et laborieuse; mais les améliorations déjà apportées dans le manuel opératoire rendent aujourd'hui cette contre-indication de plus en plus rare. — (*c*) Épanchement ascitique avec tendance à une reproduction rapide et continue.—(*d*) État de détérioratinn avancée de l'économie : l'état de la malade doit promettre qu'elle supportera l'opération et une hémorrhagie peu grave.—(*e*) Age avancé de la malade ; car souvent après la ménopause ces tumeurs restent stationnaires ou même rétrogradent.

Les procédés opératoires ne sont pas encore assez étudiés pour permettre d'établir des règles fixes sur le *modus faciendi*; néanmoins nous croyons déjà pouvoir dire : (*a*) Les tumeurs pédiculées étroitement ne seront excisées qu'après la ligature préalable du pédicule. L'opération bien conduite présente à peu près la même gravité que l'ovariotomie. — (*b*) Si le pédicule est court et large, si la matrice elle-même renferme des noyaux fibreux, on doit pratiquer l'amputation sus-vaginale, ou l'extirpation complète de cet organe, suivant l'espèce. Cette opération est bien plus grave que l'ovariotomie. — (*c*) Si la tumeur a un volume trop considérable, et si elle n'est pas très-vasculaire, on peut la réduire de volume, soit en énucléant les parties énucléables (s'il y en a), soit en divisant la tumeur : mais toujours après ligature préalable du col utérin.

De toutes les complications, la plus redoutable, c'est l'hémorrhagie, puisque pour 100 opérations, elle a donné une proportion de 48,84 cas funestes. Les serre-nœuds, perfectionnés par M. Kœberlé, prémunissent contre cet accident terrible ; car, depuis plusieurs années que l'inventeur les met en usage, ses opérées n'ont plus présenté cette épouvantable complication, deux cas exceptés : dans l'un, l'aide avait omis de serrer la vis du serre-nœud qui lui était confié (obs. IV); dans l'autre, trompé par l'inégale longueur des deux serre-nœuds, l'opérateur avait sectionné trop près du fil constricteur, qui glissa (obs. V). La péritonite, la phlébite surtout, sont des complications que l'on peut considérer comme rares relativement aux observations fournies par les autres grandes opérations; puisque la première ne se retrouve que dans une proportion de 12,20, et la seconde seulement de 3,12 pour 100 opérations.

L'exposition à l'air du péritoine et des viscères abdominaux ; l'introduction et le séjour inoffensifs de l'air dans l'abdomen ; l'emploi heureux du cautère actuel, du perchlorure de fer, comme agents hémostatiques directs des hémorrhagies péritonéales ; le sang et les autres liquides épanchés, les serre-nœuds en fer, les tubes de verre, les tuyaux en caoutchouc, etc., impunément laissés au contact du péritoine, prouvent que la séreuse péritonéale est moins susceptible et moins prompte à s'enflammer que ne le professait l'ancienne chirurgie. Ces derniers faits ne tendent-ils pas à faire admettre que les traumatismes (accidentels et chirurgicaux) du péritoine sont moins redoutables qu'on ne le

croyait autrefois; et que partant certaines opérations chirurgicales (herniotomie, opération césarienne, taille sus-pubienne. etc.) deviendront moins funestes au fur et à mesure que la gastrotomie, à l'aide de faits nouveaux, sera à même de poser des indications nouvelles, et de préciser la cause des revers, la raison d'être des succès?

L'usage des sutures sèches, fixées par le collodion et susceptibles d'être serrées ou relâchées à volonté, est un véritable progrès. (*Gaz. des Hôp.*, 1866, n° 105.)

Cas de stérilité chez l'homme cessant après la guérison d'un phimosis. Quoique l'impuissance d'engendrer ait été signalée par les auteurs comme une des conséquences possibles de l'existence du phimosis, il peut arriver et il arrive que cette cause de stérilité n'attire pas suffisamment l'attention du médecin. Le fait suivant montre ou tend à montrer — car, parmi les circonstances multiples qui peuvent laisser plus ou moins longtemps inféconde l'union des époux, il n'est pas toujours facile de discerner laquelle doit être accusée, — tend à montrer, disons-nous, que celle dont il est ici question peut jouer un rôle déterminant. Ce fait emprunte encore de l'intérêt au procédé opératoire mis un usage par le chirurgien.

Il s'agit, dans ce cas, d'un négociant âgé de trente-trois ans, et marié avec une jeune femme qui, bien qu'offrant toutes les apparences d'une bonne constitution et jouissant d'une santé excellente, n'était pas encore devenue grosse après cinq ans de mariage. En 1865, M. le docteur Baudin, ayant questionné M. X***, fut amené par ses réponses à examiner les parties génitales, et constata l'existence d'un phimosis très-prononcé avec longueur exagérée du prépuce. Dans la miction, la poche préputiale commençait par se remplir comme un entonnoir, puis l'urine s'écoulait par un jet assez grêle; on pouvait conclure d'un pareil état de choses que, dans le coït, le sperme devait ne sortir qu'en bavant, et par conséquent ne pas arriver à destination. Aussi M. Baudin, et plus tard M. Ricord consulté pour le même objet, furent-ils d'avis qu'il fallait opérer le phimosis; ce à quoi le malade consentit pourvu que l'opération ne l'arrêtât pas dans ses affaires. Pour remplir cette condition, M. Baudin pensa que le bistouri serait avantageusement remplacé par la cautérisation linéaire telle que la pratique M. le docteur A. Amussat, opération qui fut faite en effet, le 11 mai 1865, de la manière suivante :

Armé d'une pince porte-caustique à recouvrements dont les cuvettes furent remplies successivement de pâte de caustique Filhos, puis de pâte de chlorure de zinc, M. le docteur Amussat saisit et cautérisa toute l'épaisseur du prépuce du côté de la face dorsale du gland. Commencée dans l'après-midi, la cautérisation était complète à une heure peu avancée de la soirée. La pince fut retirée et le malade laissé libre. Le lendemain il vaquait à ses occupations; l'eschare linéaire tomba le 25. et dans le courant de juillet la cicatrisation était complète, le prépuce revenu à l'état normal, et le gland complétement découvert.

Depuis la guérison, l'émission des urines, le coït et l'éjaculation s'accomplissent comme s'il n'y avait jamais eu de vice de conformation du prépuce. Un an plus tard, Mme X*** est accouchée à terme d'un enfant bien portant. (*Journ. de méd. et chir. prat.* et *Gaz. des hôp.*, 1866, n° 107.)

Albuminurie remontant au moins à neuf mois, guérie par les bains sulfureux. En présence de l'impuissance habituelle de nos agents thérapeutiques dans les cas de cette maladie qui ont passé la période aiguë, nous croyons, avec M. le docteur Paul Topinard, qu'il y a lieu de prendre note du succès obtenu dans le cas communiqué par ce distingué confrère à la Société médicale d'observation, et du moyen auquel il y a toute apparence que ce succès doit être attribué.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, habituellement bien portante, mais appartenant à une famille où il y a eu des phthisiques et des hystériques, et qui, à la suite d'une scarlatine en septembre 1864, a eu une série de furoncles qui se sont renouvelés pendant cinq mois. Vingt jours après leur disparition, se déclaraient tous les signes d'une maladie de Bright aiguë : douleurs rénales, nausées, troubles de la vue, albuminurie, anasarque.

Ces accidents constituaient-ils le début de la maladie? ou s'agissait-il d'une poussée congestive aiguë sur le rein dans le cours d'une maladie de Bright remontant à la scarlatine, c'est-à-dire à six mois? Telles sont les questions que s'est posées alors

M. Topinard, mais qu'il n'a pu résoudre, n'ayant pas examiné et n'ayant été, par aucun symptôme, conduit à examiner les urines auparavant. La malade n'avait pas remarqué que ses jambes fussent restées enflées après sa scarlatine; elle était toutefois demeurée sujette à des céphalalgies, et sa mémoire avait un peu diminué.

Quoi qu'il en soit, la maladie fut immédiatement traitée par une application de ventouses scarifiées sur les reins, qui fit disparaître la douleur, par des purgatifs salins pendant huit jours, et du tannin durant un mois; ces derniers moyens, sans résultat notable. Vingt-cinq bains de Pennès pris ensuite amenèrent un peu d'amélioration. Mais, par les bains sulfureux, en deux mois le succès fut complet. L'albumine diminua dans les urines, puis disparut entièrement neuf mois après que sa présence avait été constatée pour la première fois. Il y avait de cela six mois à l'époque où M. Topinard a fait connaître l'observation; il a saisi toutes les occasions d'examiner les urines, il n'y a jamais retrouvé d'albumine, et la cure paraît complète.

Les bains sulfureux ont été pris en général tous les deux jours, pendant une heure chaque fois. La dose de sulfure de potasse a varié de 100 à 150 grammes par bain; c'est-à-dire a été modérée. Mais le sujet était fort sensible à l'action du médicament, et cette dose suffisait à produire des éruptions artificielles de diverse nature, nombreuses et incommodes (érythème avec desquamation, acné, plaques d'urticaire). Cependant, malgré les accidents cutanés sérieux qui pouvaient surgir, le traitement n'en a pas moins été continué, sans rien faire pour calmer l'irritation de la peau. Cette cure s'explique donc tout naturellement par une aussi puissante dérivation, et il est permis de croire, dit notre confrère, que si les bains sulfureux ne comptent pas plus de succès jusqu'à ce jour dans la maladie de Bright, c'est faute d'en avoir élevé la dose suffisamment pour amener ces phénomènes cutanés. (*Gaz. des Hôp.*, 1866, n° 107.)

Corps étranger ayant séjourné dix semaines dans le larynx, extrait par la laryngo-trachéotomie. Le sujet de cette observation est un homme de vingt-neuf ans, bien portant, qui, pris d'un accès de rire, avala une pièce de *six pence* qu'il tenait dans sa bouche. Immédiatement il tomba par terre, dans un état d'asphyxie inquiétant, et fut transporté à l'hôpital Sainte-Marie. L'examen de sa gorge n'ayant fait rien découvrir, et peu de temps après la respiration étant redevenue facile, cet homme sortit de l'hôpital le lendemain. Pendant deux mois et demi il n'éprouva rien de sérieux; seulement un peu de mal de gorge et de dysphagie de temps à autre. Mais ensuite il survint subitement une dyspnée considérable, pour laquelle il alla consulter M. Sanderson. Les symptômes actuels, joints aux renseignements que donnait le malade, firent penser que le corps étranger se trouvait encore dans le larynx; et, en effet, au moyen du laryngoscope, on reconnut la présence de la pièce de monnaie placée horizontalement au-dessous de la corde vocale supérieure gauche, en travers de la glotte, laissant seulement une fente étroite entre son bord et la face antérieure des cartilages aryténoïdes.

Des tentatives que l'on fit séance tenante pour extraire le corps étranger en s'aidant du laryngoscope étant restées sans effet, on se décida à recourir à la laryngo-trachéotomie. Le larynx ouvert, on essaya de saisir la pièce avec des pinces, sans pouvoir y parvenir. Enfin, dans une dernière tentative, on la déplaça de bas en haut, et au moment où elle passa dans le pharynx, l'opéré, faisant instinctivement un mouvement de déglutition, l'avala. Il la rendit le lendemain dans une garde-robe. La plaie résultant de l'opération se cicatrisa sans difficulté, et le malade guérit, à cela près d'une certaine gêne de la respiration, conséquence d'un gonflement inflammatoire de la muqueuse de l'épiglotte et du larynx qui persista quelque temps encore. (*Medico-chir. transact.*, 1865, t. XLVIII.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Exostoses du sinus frontal; leur traitement. Les exostoses du sinus frontal sont une affection rare, sur laquelle les auteurs ont généralement gardé le silence. On trouvera dans les propositions suivantes, résumé analytique d'un mémoire lu récemment sur ce sujet à l'Académie de médecine

par M. Dolbeau, les points les plus importants relatifs à la pathologie et au traiment de cette maladie.

La membrane de Schneider, celle qui tapisse les différents sinus et cellules annexés aux fosses nasales, peuvent devenir le siége de productions osseuses primitives, tumeurs qui sont indépendantes des os du crâne et de ceux de la face, mais qui peuvent néanmoins acquérir un très-grand volume.

On peut rattacher à ces diverses ossifications l'exostose enlevée par M. Michon dans le sinus maxillaire; les exostoses de l'orbite provenant des cellules ethmoïdales; la tumeur osseuse retirée d'une fosse nasale par M. Legouest; les tumeurs osseuses observées par M. Cloquet, et qu'il a décrites comme des ossifications de polypes muqueux des fosses nasales. Il faut encore y rattacher le fait récent de M. Pamard.

La membrane qui revêt le sinus frontal ne fait pas exception, et elle devient parfois le siége d'exostoses: tels sont les cas de Otto, de Roux, de Jobert (de Lamballe), de Holmes-Scoot et de Dolbeau.

Toutes les exostoses sont toujours plus ou moins libres dans les cavités où elles ont pris naissance; elles peuvent, en se developpant, s'enclaver d'une manière plus ou moins solide, mais elles restent toujours indépendantes des os, et elles peuvent être enlevées, pourvu qu'on puisse leur ouvrir une voie suffisante; d'où l'indication d'opérer de bonne heure.

Les exostoses du sinus frontal en particulier ne font point exception, et, malgré le voisinage du cerveau, ces tumeurs peuvent être énucléées. Le développement de ces tumeurs étant indéfini, il est sage de les opérer aussitôt que leur présence ne laisse plus de doute, afin d'éviter leur propagation jusque dans la cavité crânienne.

Dans le traitement de toutes ces exostoses, il faut renoncer à attaquer directement les tumeurs, soit avec la gouge, soit même avec le trépan. Tous ces instruments ne peuvent entamer un tissu si dur, ils s'émoussent, et on a vu les meilleures cisailles de Liston se fracturer sans entamer la tumeur; il faut, comme nous l'avons déjà dit, ouvrir largement la cavité qui contient l'exostose, et il suffit alors d'ébranler en masse la tumeur pour la voir sortir en totalité et sans de trop grands efforts. (*Acad. de méd.*, 4 sept.)

Polypes multiples du larynx; laryngotomie thyro-hyoïdienne M. Follin, chirurgien des hôpitaux, vient de lire à l'Académie de médecine un mémoire relatif à un cas de polypes multiples du larynx traité par lui au moyen de la laryngotomie thyro-hyoïdienne, et dans lequel la guérison ne s'est pas démentie depuis trois ans. Voici la conclusion de ce travail:

Dans le cas de polypes du larynx, il faut bien distinguer pour la facilité et la rapidité de la guérison: 1° les polypes visibles dans la région glosso-épiglottique, soit que ces polypes y prennent naissance, soit qu'ils viennent y faire saillie dans les mouvements exagérés de déglutition; — 2° les polypes qu'on ne peut, comme dans le cas que j'ai rappelé, découvrir que par le laryngoscope.

Dans le premier cas, il faut toujours tenter l'extirpation par une ligature jetée sur le pédicule du polype saisi et fixé par une pince.

Dans les polypes visibles seulement par le laryngoscope, il faut encore essayer, sous l'éclairage laryngien, de les enlever à l'aide de pinces longues et coudées introduites dans le larynx, avec la précaution urgente de traverser le canal pharyngo-laryngé rapidement et sans exercer d'attouchement sur la muqueuse de ce canal.

Dans les cas où le malade est rebelle à des explorations laryngoscopiques, soit par indocilité, soit par des mouvements réflexes, il faut avoir recours à l'extirpation des polypes par des voies artificielles.

Dans le choix des opérations à pratiquer alors, la laryngotomie thyro-hyoïdienne doit, dans un bon nombre de cas, être préférée à la laryngotomie thyroïdienne, qui est difficile à pratiquer à un certain âge par l'ossification du cartilage thyroïde, et, dans tous les cas, par la crainte trop souvent justifiée, et en particulier dans le cas d'Ehrmann, d'altérer les cordes vocales, et partant le mécanisme de la voix.

La laryngotomie thyro-hyoïdienne, facile à pratiquer sans rencontrer de vaisseaux dangereux à léser ou d'organes importants pour la voix, est très-bien indiquée pour enlever: 1° les polypes laryngiens situés dans la région épiglottique, dans la dépression que laissent de chaque côté les ligaments glosso-épiglottiques et sur ces ligaments mêmes; 2° les polypes in-

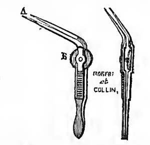
sérés sur les replis aryténo-épiglottiques et sur la muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes, enfin à la surface supérieure des cordes vocales ou dans leur voisinage.

Une trachéotomie préalable n'est indiquée que dans les cas où existe une suffocation imminente. (*Acad. de méd.*, 18 sept. 1866.)

Dilatateur lacrymal. M. Galézowski présente à l'Académie un nouvel instrument qu'il a fait fabriquer par MM. Robert et Collin, et qu'il nomme dilatateur lacrymal.

« Très-souvent le larmoiement n'est dû qu'à un simple rétrécissement des points lacrymaux, tandis que les canaux ainsi que le canal nasal sont complétement sains. Au lieu de fendre le canal et le point lacrymal comme cela se pratique habituellement, j'ai pensé qu'on pourrait remédier à cette infirmité en dilatant méthodiquement les points lacrymaux.

« Le dilatateur que j'ai fait construire a ses extrémités très-fines et peut être introduit aisément dans le point lacrymal rétréci.



A. *Extrémités qui, étant réunies, ont la forme et le volume d'un stylet fin.* — B. *Curseur servant à écarter.*

« Cet instrument est petit, très-léger, et on peut le laisser dans le point lacrymal assez longtemps pour produire la dilatation voulue. »

VARIÉTÉS.

RAPPORT ADRESSÉ PAR LE COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE ET DU SERVICE MÉDICAL DES HOPITAUX A S. EXC. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.

Précautions hygiéniques à prendre dans les hôpitaux et les hospices pendant les épidémies, et en particulier pendant les épidémies cholériques.

Les épidémies cholériques qui ont sévi et qui sévissent encore dans quelques-unes des villes de l'Europe ou de la France, ont fourni l'occasion d'étudier divers procédés de purification applicables à l'air des habitations, à l'eau des boissons, aux chambres ou salles occupées par les malades, aux provenances de toute espèce enfin, qui dérivent des personnes atteintes du choléra asiatique.

L'administration de la ville de Paris, après un examen sérieux de la question, a pris à ce sujet, pendant l'épidémie de 1865, et observe toujours certaines mesures qu'il a paru opportun au comité de porter à la connaissance des institutions hospitalières et des établissements où sont réunis, sous un régime hygiénique commun, des habitants nombreux, malades ou bien portants.

Le comité n'a point à résoudre les questions controversées qui agitent le monde médical au sujet du mode de transport et de propagation du choléra.

Il constate seulement que, d'un côté, après une étude attentive, certaines précautions ont été prises à Paris par l'administration municipale ou l'assistance publique, et qu'elles ont été poursuivies avec régularité, ensemble et persévérance; que, d'un autre côté, les chiffres de la mortalité générale sont demeurés dans cette ville, en 1865, bien au-dessous de ceux qu'on avait signalés dans les trois épidémies de 1832, 1849, 1854; en outre, que parmi les 300 femmes

environ qui ont été employées par l'assistance publique, en 1865, au lessivage et au blanchissage des linges provenant du service des cholériques, il ne s'est pas manifesté de décès dû au choléra ; qu'il en a été de même en quelque sorte pour les 911 employés ou porteurs du service des pompes funèbres, parmi lesquels on n'a constaté que deux cas de choléra.

Le caractère propre de la maladie en 1865, les améliorations générales dont la voirie et l'hygiène publique de Paris ont été l'objet, ont eu sans doute la plus grande part dans le premier de ces résultats. Pour les deux autres, il est permis d'en attribuer le mérite, dans une certaine proportion, aux mesures hygiéniques adoptées par l'administration.

Alors même que la nécessité de ces précautions serait contestée par certaines théories concernant la nature et l'origine du choléra épidémique, les chefs de service, les autorités municipales ou hospitalières sont sûrs, du moins, en les prescrivant ou en les pratiquant, de ne nuire à aucun de leurs administrés. Ils peuvent compter même, d'après l'expérience de la ville de Paris, qu'elles seront utiles à beaucoup d'entre eux, soit par une action bienfaisante directe, soit en raffermissant leur moral ébranlé.

Les agents de purification qui ont été essayés à Paris sont variés et nombreux. En voici la liste :

Chlore, eau de Javel, chlorure de chaux, acide nitrique en vapeur, vapeur nitreuse, permanganate de potasse, braise de boulanger, sulfate de fer, acide phénique, ammoniaque, acide sulfureux.

Cette instruction n'a point pour objet de rappeler les propriétés chimiques de ces diverses substances, ni d'en retracer l'histoire au point de vue de leurs applications hygiéniques. Le comité se borne à faire connaître aux administrateurs, aux médecins et aux pharmaciens des établissements placés sous la surveillance du ministère de l'intérieur, les formules qui ont été définitivement adoptées à Paris, et à indiquer les motifs en raison desquels celles qui n'ont pas été maintenues ont été écartées.

Le chlore gazeux a été réservé pour les localités inhabitées ; partout ailleurs on a préféré l'eau de Javel et le chlorure de chaux. Ces deux composés dégagent le chlore peu à peu, sans excès nuisible pour les personnes, et cependant en quantités spontanément proportionnelles, pour ainsi dire, aux miasmes qu'il s'agit de détruire.

L'acide nitrique en vapeur, obtenu en versant à froid sur du nitre en poudre de l'acide sulfurique concentré, peut remplacer le chlore et les chlorures ; cependant on s'en est rarement servi.

Les vapeurs nitreuses obtenues en versant de l'acide nitrique sur du cuivre ont fourni un moyen de purification très-efficace pour les salles qui avaient contenu des cholériques et qu'on avait évacuées, soit momentanément, soit pour en changer la destination.

Par suite de réactions qu'il serait inutile de détailler ici, les vapeurs nitreuses se régénèrent quand leurs dérivés détruisent les matières organiques. Leur effet peut donc se reproduire dans certaines conditions, tandis que le chlore n'agit qu'une fois. Mais les vapeurs nitreuses, par leur action corrosive, exigent que l'application en soit confiée à des mains expérimentées. Quand on voudra s'en servir dans les lieux habités, il faudra toujours employer un procédé ou un appareil propre à en régler la production d'une manière extrêmement prudente.

Le permanganate de potasse constitue un agent dont la chirurgie a tiré parti

et qui a été recommandé pour la purification des eaux potables. L'oxygène qu'il abandonne au contact des matières organiques et qui les brûle, le rend capable de détruire rapidement les matières organiques contenues dans les eaux destinées à servir de boisson. En toute autre occasion, cet agent est remplacé avantageusement par les chlorures désinfectants et les vapeurs nitreuses, qui agissent comme lui au contact, et qui, de plus, vont chercher les miasmes dans l'air, ce que le permanganate ne fait pas [1].

On n'a point adopté le permanganate de potasse à Paris pour la purification des eaux. L'usage en serait difficile, même entre les mains d'un chimiste de profession, tandis que la braise de boulanger, à laquelle on a donné la préférence, produit de bons effets et ne donne lieu à aucune difficulté dans l'application. Il suffit de placer dans les fontaines qui contiennent les eaux destinées aux boissons, par hectolitre, 2 kilogrammes de braise de boulanger, qu'on renouvelle chaque semaine. Les matières organiques dissoutes et les gaz sont presque toujours condensés et fixés par le charbon, à mesure que l'eau passe à travers le lit filtrant formé par cette substance.

On trouve, dans l'emploi de la chaleur, des garanties encore plus efficaces. Il suffit, en effet, de faire bouillir l'eau destinée aux boissons pour la débarrasser de toute substance présumée nuisible. Quand on fait usage de café léger, de thé ou d'infusions toniques quelconques, obtenues au moyen de l'eau bouillante, on prévient avec certitude tous les inconvénients que l'eau pourrait avoir par suite de la présence des matières organiques, sans recourir à l'emploi compliqué et moins sûr du permanganate de potasse.

Le sulfate de fer commun, celui qu'on désigne ordinairement sous le nom de vitriol vert, a été spécialement affecté à la désinfection des fosses d'aisances. Par son acide, il en fixe l'ammoniaque ; par sa base, il en détruit l'hydrogène sulfuré. Il supprime ainsi ou prévient toutes les émanations gazeuses des fosses, et s'oppose, en conséquence, au transport des matières miasmatiques auxquelles les gaz servent de véhicule.

Le sulfate de fer est remplacé avec avantage, sinon pour la désinfection, du moins à d'autres égards, par le sulfate de manganèse, par le sulfate ou le chlorure de zinc; mais on se procure plus difficilement ces sels. Lorsque l'industrie locale les fournit, on peut les utiliser à la place du sulfate de fer.

Quel que soit l'état de la fosse, ces trois sels, qui sont neutres, peuvent être employés ; il n'en est pas de même du phosphate acide de magnésie et de fer, qui n'est pas d'un emploi aussi commode, si la fosse ne vient pas d'être évacuée. Le perchlorure de fer neutre, qui serait le meilleur des désinfectants, ne se trouve pas dans le commerce des produits chimiques à bas prix.

L'acide phénique s'oppose à la fermentation putride et à d'autres fermentations. Il peut agir sur les miasmes cholériques, soit pour en arrêter l'action, s'ils participent de la nature des ferments, soit pour en prévenir la formation, s'ils sont le produit d'une altération spontanée des matières organiques. L'usage de ce puissant antiseptique a donc été sérieusement essayé, et mérite d'être recommandé et d'être mis à profit, jusqu'à ce que l'expérience l'ait jugé d'une manière définitive. C'est celui qui se prêterait le mieux à la préservation des personnes et des choses à leur usage.

---

[1] Le permanganate de soude, qui est moins cher que le permanganate de potasse, pourra, quand il sera régulièrement livré au commerce, fournir un liquide très-propre à la désinfection des linges.

L'ammoniaque, sous forme de carbonate solide en fragments ou d'ammoniaque liquide en dissolution, étant placée dans une soucoupe et exposé à l'air, abandonne des émanations ammoniacales gazeuses qui se disséminent dans la salle et qui restent inaperçues. Cependant ce gaz prévient la formation des moisissures microscopiques partout où il pénètre, et peut s'opposer ainsi au développement des miasmes de nature végétale.

Relativement à la maladie qui nous occupe, l'air chargé d'ammoniaque, respiré à l'habitude, peut exercer d'ailleurs une action physiologique favorable. En outre, en attendant que la statistique ait positivement éclairé le sujet, on doit tenir compte de l'opinion populaire, qui considère les ouvriers que leur profession oblige à vivre dans une atmosphère ammoniacale comme moins exposés que les autres en temps d'épidémie cholérique.

Il convient donc d'essayer l'ammoniaque comme agent spécial d'épuration de l'air pour les salles de malades cholériques, comparativement au chlorure de chaux et à l'acide phénique (1).

Mais ces moyens se rattachent au traitement des malades, et demeurent toujours soumis à la prescription directe du médecin; ils ne peuvent être employés que d'après ses ordres.

Pour les salles de malades cholériques non ventilées, il n'y a pas d'autres précautions à prescrire qu'une désinfection générale. Mais, lorsqu'elles sont pourvues d'appareils ventilateurs, il y a lieu de prévenir la dispersion des miasmes, qui, aspirés par les bouches de la ventilation, en suivent les canaux, arrivent dans la cheminée générale et vont retomber ensuite et se répandre dans l'air. Il est indispensable et facile de les détruire, en disposant des vases contenant du chlorure de chaux et dégageant du chlore : 1° sur le sol de la salle, près des bouches d'aspiration; 2° dans la conduite même, si elle présente des parties horizontales où la vitesse de l'air se ralentit; 3° enfin, dans l'intérieur et à la base de la cheminée générale où se réunissent les divers canaux de la ventilation.

Lorsque le décès d'un malade cholérique est constaté, on opère une aspersion phénique autour du lit.

Dans la bière, on met au-dessous et des deux côtés du corps du chlorure de chaux en poudre, et sur le corps lui-même, de la sciure de bois imprégnée d'acide phénique.

Enfin, après la mise en terre, lorsque la fosse est presque comblée, on en recouvre la surface bien égalisée d'une couche de chlorure de chaux, qu'on délaye à l'aide d'un arrosoir d'eau versé sur le sol. On achève de remplir la fosse, et lorsque l'opération est terminée, on sème une nouvelle dose de chlorure de chaux sur la dernière couche de terre, mais sans arroser celle-ci.

Si, au bout de quelques jours, il se manifeste des émanations, on renouvelle l'application du chlorure de chaux.

Dans la combinaison de ces prescriptions, on a admis que les miasmes cholériques ont une existence matérielle; qu'ils consistent en gaz ou en vapeurs, ou même en poussières solides, d'une excessive ténuité, assimilables à des gaz sous le rapport de leur diffusion. Ce point de vue, dans l'état d'ignorance où nous sommes sur la cause qui produit le choléra, est, en effet, le seul qui puisse utilement diriger les savants dans les études qu'ils poursuivent pour la mettre en

(1) L'acide sulfureux n'a pas été essayé dans les diverses épidémies qui ont affecté la ville de Paris depuis 1854.

évidence, et les administrateurs dans leurs efforts pour en borner les effets et en circonscrire l'action.

1° *Assainissement du linge provenant du lit des malades, des toiles à matelas, du linge de corps des cholériques, etc.* — Tremper, pendant une heure environ, les objets à désinfecter dans une solution formée de :

Chlorure de soude.................	1 litre.
Eau (environ).....................	9 litres.

2° *Désinfection des bassins et des urinaux.* — Vider les bassins et les urinaux, puis les tremper immédiatement dans un baquet ou grand seau, renfermant un mélange composé de :

Chlorure de chaux sec........	500 grammes.
Eau (environ)...............	9 litres.

Délayer le sel avec soin et agiter le dépôt au moment de l'immersion. Les vases doivent être passés dans un seau d'eau ordinaire, puis essuyés avant d'être remis au service.

A la fin de la journée, verser le contenu du récipient dans le vidoir, ou dans le tuyau de chute des lieux, et renouveler la solution.

3° *Désinfection des fosses d'aisances, des cabinets et des urinoirs. (Là où il existe des lieux d'aisances perfectionnés, il suffira de laver le vidoir et les urinoirs avec le mélange de chlorure de chaux indiqué ci-après.)* — Matin et soir, jeter dans l'orifice du tuyau de chute des lieux d'aisances ordinaires un seau (environ 10 litres) de la solution suivante :

Sulfate de fer.............	500 grammes.
Eau.....................	10 litres.
Acide phénique à 1/100°....	100 grammes.

Le lavage des surfaces se fera avec le mélange déjà indiqué :

Chlorure de chaux sec.....	500 grammes.
Eau.....................	9 litres.

4° *Désinfection de l'amphithéâtre d'autopsie et de la salle des morts, de la salle de dépôt du linge sale, des conduits d'extraction de l'air des salles de cholériques (là où il y a un système de ventilation), des trémies pour le linge sale, dans les hôpitaux qui en sont pourvus.* — Mélanger, dans un vase en grès, 1 litre d'acide pyroligneux avec 4 litres d'eau ;

Durant la journée, y ajouter, par parties, 260 grammes de chlorure de chaux sec. On obtiendra ainsi un dégagement abondant et permanent de chlore. (L'acide sera délivré par la Pharmacie centrale.)

5° *Assainissement des salles de cholériques.* — Placer dans ces salles de nombreuses assiettes avec du chlorure de chaux sec, légèrement humecté d'eau.

On peut encore opérer des fumigations d'acide phénique avec le mélange suivant :

Eau......................	10 litres.
Alcool....................	1 litre.
Acide phénique...........	50 grammes.

Ce liquide sera distribué dans des terrines placées dans les salles, à raison de cinq terrines de 2 litres par salle de 30 à 40 malades, soit une terrine pour 6 à 8 lits.

On ne devra employer l'un ou l'autre de ces deux modes d'assainissement des salles de cholériques que de concert avec le chef du service médical.

Les directeurs des hôpitaux et des hospices s'entendront avec les pharmaciens des établissements pour l'exécution de ces diverses prescriptions.

6° Au moment de fermer la bière, on répand 2 kilogrammes de chlorure de chaux solide au-dessous et sur les côtés du corps.

On jette sur le corps un litre de sciure de bois imprégnée de 10 grammes d'acide phénique.

7° Pour chaque fosse, on emploie, suivant l'âge des décédés, de 2 à 6 kilogrammes de chlorure de chaux, divisés en deux fractions, ainsi qu'il est énoncé plus haut.

Le présent rapport a été lu au comité et adopté en séance, le 28 juillet 1866.

Le sénateur vice-président,

DUMAS.

MORT DE M. MÉLIER. — Une perte cruelle vient de frapper le corps médical de notre pays. M. Mélier, le savant hygiéniste, est mort, le 16 de ce mois, à l'âge de soixante-huit ans, d'une attaque d'apoplexie cérébrale dont il a été frappé, à Marseille, à la suite des fatigues excessives d'une inspection en Corse. Ses restes mortels ont été ramenés à Paris par son gendre, M. Antonin Desormeaux, chirurgien des hôpitaux, et ses obsèques ont eu lieu le 21 septembre, en l'église Saint-Thomas d'Aquin, avec une grande solennité et en présence d'une assistance considérable, composée en grande partie de notabilités administratives et médicales et de nombreux amis de la famille. Après la cérémonie religieuse, le cortége s'est dirigé vers le cimetière du Père-Lachaise. Tous les honneurs dus à son rang, à son mérite et à son caractère, lui ont été rendus. M. Mélier était médecin consultant de l'Empereur, inspecteur général des services sanitaires, membre et ancien président de l'Académie de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène publique, président de la commission des logements insalubres, membre de plusieurs sociétés savantes françaises et étrangères, commandeur de la Légion d'honneur, grand officier de l'ordre de Stanislas, commandeur des Saints-Maurice-et-Lazare, de la Conception, d'Isabelle-la-Catholique, chevalier de Saint-Joseph, etc., etc.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. Rayer, président du comité d'hygiène; M. Bouchardat, président de l'Académie; M. de Boureuille, secrétaire général du ministère du commerce et des travaux publics, et M. Michal, vice-président de la commission des logements insalubres.

Des discours ont été prononcés sur la tombe, au nom de l'Académie de médecine par M. Bergeron, au nom du comité d'hygiène par M. A. Latour, au nom de la commission des logements insalubres, par M. Robinet.

On lit dans le *Moniteur :*

L'administration se fait un devoir, afin d'éclairer et de rassurer de nombreux intérêts, de faire connaître, par les chiffres suivants, quel a été, pendant les derniers mois, l'état de l'épidémie cholérique dans la ville de Paris.

L'apparition de la maladie remonte au commencement de juillet. Elle a atteint son maximum dès les premiers jours, sans que le chiffre le plus élevé de la mortalité par jour, dans les hôpitaux et en ville, ait excédé 150.

Dès la fin de juillet, l'épidémie a sensiblement diminué. La moyenne des dé-

cès, dans les hôpitaux, a été, pendant le mois d'août, de 23 par jour. Elle n'est plus que de 15 pour les neuf premiers jours de septembre.

On voit, d'après ces chiffres, surtout si on les rapporte à la population de Paris (1,667,841 habitants), que l'épidémie n'a sévi que faiblement dans la capitale, et que, dans quelques jours, elle aura, selon toute apparence, entièrement disparu.

Dans une ville qui, comme Paris, renferme une immense population ouvrière, c'est surtout le mouvement des hôpitaux qui donne la mesure de l'importance et de l'état de l'épidémie. Quant aux décès qui ont eu lieu en ville, ils n'ont jamais atteint de chiffres considérables, et depuis le 1er septembre, ils se sont abaissés en moyenne à 22 par jour.

Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a décerné aux membres des conseils d'hygiène des départements les récompenses dont le détail suit, à raison de leurs services pendant les années 1864 et 1865, savoir :

Médaille d'or. — Le docteur Fauré, de Bordeaux (Gironde).

Médailles d'argent. — Le docteur Avenel, de Rouen (Seine-Inférieure) ; le docteur Chrétien, de Lille (Nord) ; M. Meurcin, pharmacien de Lille (Nord) ; M. Girardin, de Lille (Nord) ; M. Lepage, pharmacien de Gisors (Eure) ; le docteur Blondlot, de Nancy (Meurthe) ; M. Glénard, de Lyon (Rhône) ; M. Tisserand, de Laon (Aisne) ; le docteur Guipon, de Lyon (Rhône).

Médailles de bronze. — Le docteur Dupuich, d'Arras (Pas-de-Calais) ; le docteur Vy, d'Elbeuf (Seine-Inférieure) ; le docteur Tavernier, d'Amiens (Somme) ; le docteur Bucquoy, de Péronne (Somme) ; le docteur Fouquet, de Vannes (Morbihan) ; le docteur Bergeret, d'Arbois (Jura) ; M. Larue-Dubarry, de Limoges (Haute-Vienne) ; M. Petit-Laffitte, de Bordeaux (Gironde) ; M. Pommeret, de Lille (Nord) ; M. Gosset-Deslongchamps, de Saint-Lô (Manche).

La lèpre en Orient. — En Chine les lépreux sont très-communs. A Fou-chou l'administration locale, ne pouvant les guérir, les a cantonnés et les nourrit dans quatre grandes léproseries, telles que celles qui existaient en Europe au moyen âge. On prétend que ces établissements renferment plus de mille malades. Le sort de ces malheureux est si cruel qu'on cite des cas où des lépreux, pour échapper à la reclusion, se sont fait enterrer ou brûler vivants. Plus haut que Fou-chou, en remontant le cours du Min, on se débarrasse des lépreux d'une manière plus simple. On les embarque sur un petit bateau, avec une provision de riz et de bois à brûler, et on laisse dériver au courant du fleuve l'embarcation fatale. Personne n'ose approcher de ces barques, qui ont un signe apparent, et encore bien moins prêter assistance aux infortunés qu'elles entraînent. (*Arch. de la méd. nav.* et *Union méd.*)

Par arrêté ministériel en date du 4 septembre 1866 :

La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à dater du 1er septembre courant, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèses, certificats d'aptitude et diplôme), est accordée aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints de choléra :

Services rendus dans les différentes communes du département du Nord :

MM. Mérieux, Maegt, Jacquemart, Bernaert, Deglave, Denis, Deltombe, Blanquart, Claisse, Boutry, Hucquedieu, Wattier, étudiants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

Par divers arrêtés ministériels :

M. Calloch, docteur en médecine, est nommé professeur d'histoire naturelle à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes, en remplacement de M. Comte, décédé.

M. le docteur Brulet, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Vallée, décédé.

M. le docteur Fleurot, professeur d'histoire naturelle et de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire à ladite École, en remplacement de M. le docteur Brulet, appelé à d'autres fonctions.

A l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, M. Liégard, professeur adjoint d'anatomie et physiologie, est nommé professeur titulaire de matière médicale et thérapeutique, en remplacement de M. Lecœur, décédé ,— M. Chancerel, suppléant pour les chaires de médecine et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie ; — — M. Bourrienne, suppléant pour les chaires d'accouchement, est nommé en outre chef des travaux anatomiques ; — M. Postel, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine.

A l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, M. Chrestien, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Féron, démissionnaire.

A l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, M. Henrion, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. de Schacken, démissionnaire.

A l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, M. le docteur Ledru, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Aucler, décédé.

A l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, M. le docteur Batut, suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie chirurgicales, est nommé professeur adjoint de clinique externe, en remplacement de M. Dassier, décédé.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, et successeurs de Charrière, ont été nommés fournisseurs de la Faculté de médecine de Paris.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des péritonites puerpérales aiguës partielles et de leur traitement (1),

Par le docteur E. Hervieux, médecin de la Maternité.

III. PÉRITONITE ILIAQUE OU HYPOGASTRIQUE.

Je désigne, pour plus de simplicité, sous ce titre la péritonite des régions iliaques ou de la zone hypogastrique.

Pour bien comprendre l'histoire de cette variété de péritonite partielle et de toutes les péritonites partielles en général, il faut savoir ou se rappeler qu'il est très-peu de péritonites qui envahissent d'emblée la totalité de la séreuse alvo-pelvienne; que l'immense majorité des péritonites généralisées ont commencé par être locales, et que cette épithète de *généralisées* implique nécessairement le début de la maladie par un point déterminé de la cavité du ventre.

Laissons de côté pour le moment les causes qui peuvent donner lieu à la péritonite généralisée. N'est-il pas évident que, si la cause qui a fait naître la péritonite dans une région quelconque de l'abdomen cesse d'agir, l'inflammation issue de cette cause tendra, non pas à se généraliser, mais à se circonscrire dans le point où elle a pris naissance, et que dès lors nous aurons affaire à une péritonite partielle?

Avec cette donnée si simple, il est facile de concevoir la genèse de toutes les péritonites partielles et de la péritonite iliaque en particulier.

Un mot seulement sur le sens anatomique qu'il faut attacher à cette appellation de péritonite iliaque. Nous ne comprenons pas sous ce nom toutes les péritonites susceptibles de se développer dans la cavité du bassin. Nous pensons qu'il y a une distinction importante à faire entre les péritonites pelviennes proprement dites (pelvi-péritonites de Bernutz et Goupil) et les péritonites iliaques ou hypogastriques. Les unes et les autres se confondent à coup sûr très-fréquemment dans la pratique, mais elles peuvent être aussi très-distinctes, ainsi que nous en avons observé un certain nombre d'exemples.

Déjà tout le monde connaît aujourd'hui, par les travaux des deux

(1) Suite, voir les précédentes livraisons, p. 193 et 241.

auteurs que nous venons de citer, ces cas de péritonite pelvienne parfaitement limitée à la capacité du bassin et qui laisse complétement intactes et les régions iliaques et les organes y contenus. Eh bien, à côté de ces cas, il en existe d'autres, non moins probants, non moins authentiques, et d'où il résulte que l'hypogastre ou l'une des deux régions iliaques peut être le siége primitif et même exclusif de l'inflammation péritonéale, que cette inflammation ait eu pour point de départ, ainsi qu'il arrive le plus souvent, les annexes de l'utérus, ou qu'elle se soit établie d'emblée (et c'est le cas le plus rare), en vertu de cette puissance occulte et mystérieuse qui veut que la maladie commence tantôt sur un point, tantôt sur un autre, sans qu'il nous soit possible d'en spécifier la cause.

Une observation de Vieusseux, rapportée par Delaroche (*Fièvre puerpérale*, Paris, 1783; p. 288) mérite d'être mentionnée.

Il s'agit d'une jeune dame de vingt ans, accouchée de son premier enfant le 7 janvier 1780.

Les jours suivants, douleur fixe dans le côté droit et inférieur du ventre, puis fièvre intense et tension abdominale inutilement combattues par sept ou huit saignées. Persistance des symptômes généraux ; apparition d'une tumeur dans la région iliaque droite. Tétanos dans les derniers jours. Mort neuf semaines après l'accouchement.

A l'autopsie, matrice parfaitement saine et réduite à son volume ordinaire ; mais à la partie droite inférieure du bas-ventre, tumeur de forme irrégulièrement sphérique, remplissant presque tout l'espace entre les os des îles et le pubis. Cette tumeur était composée des membranes de l'omentum (épiploon) et du péritoine, et de diverses parties des intestins qui paraissaient avoir été attirés comme par force dans cet endroit, de sorte que la partie du côlon qui aurait dû être située sous le ventricule, formant un angle extrêmement aigu, était descendue jusqu'à la tumeur et y avait contracté une adhérence. Toutes ces parties étaient tellement collées les unes aux autres qu'on ne pouvait les séparer qu'en les déchirant. Les différentes cellules qui formaient la tumeur étaient pleines de pus contenu dans les membranes durcies et épaissies, mais qui avaient souffert en quelques endroits une corrosion telle, que, en peu de temps, les muscles du bas-ventre ou les intestins auraient été percés ; ces cellules ne communiquaient pas entre elles. Au milieu de la tumeur, on remarquait une tumeur particulière de la grosseur d'un œuf de pigeon, formée par l'ovaire considérablement durci et augmenté de volume, contenant aussi du pus. Le reste du corps était sain.

Dans son article sur les phlegmons de la fosse iliaque (*Arch. de méd.*, 1839, 3e série, t. IV, p. 294), M. Grisolle s'exprime ainsi : « Il y a des péritonites circonscrites aiguës ou chroniques qui, pro-

duisant des tumeurs appréciables à la vue et au toucher, peuvent faire croire à la présence d'un phlegmon iliaque. »

Le même auteur cite dans son travail une observation que l'on peut considérer comme un cas de péritonite iliaque suppurée et gangréneuse chez une femme en couches. Voici le fait en raccourci :

Obs. Modiste, vingt-deux ans, primipare, accouchée à l'Hôtel-Dieu, le 14 août 1838.

Le 15 au soir. Frissons, fièvre, altération des traits ; sensibilité vive dans la fosse iliaque droite ; bouche amère, soif vive, nausées, vomissements. Utérus et lochies à l'état normal. Vingt-cinq sangsues sur le point douloureux.

Le 16. Même état.

Le 17. Météorisme ; sensibilité de la région cœcale ; on y sent une tuméfaction de 3 pouces carrés, mate, non bosselée, élastique, molle, sans fluctuation. Selle verdâtre ; vomissements, pouls à 124. Frictions mercurielles, calomel, bain. — 18. Même état.

Le 19, Frissons irréguliers ; relief de la tumeur iliaque à travers les parois abdominales ; tension ; fluctuation obscure. Selles fétides, envies de vomir ; hoquet, pouls à 120 ; facies grippé.

Le 20. Affaissement de la tumeur ; empâtement diffus dans le flanc ; diarrhée verte.

Le 21. Altération profonde de la face ; décubitus sur le côté droit ; la cuisse légèrement fléchie. Frissons, vomissements verdâtres.

Le 22. Affaiblissement de la malade et mort.

Autopsie. — La paroi abdominale antérieure, au niveau de la fosse iliaque droite, adhère, dans une étendue de près de 3 pouces carrés, aux parties sous-jacentes. En voulant les détacher, on met à nu un foyer pouvant contenir une petite orange, et dont les autres parois sont formées par le cœcum, l'épiploon et quelques anses de l'intestin grêle. Tous ces organes sont tapissés par de fausses membranes noirâtres. Le foyer offre un mélange de pus, de matière brune ayant une odeur gangréneuse ; on y trouve aussi plusieurs portions de matières fécales indurées. Ce foyer étant soigneusement vidé et lavé, on s'assure *qu'il est contenu dans la cavité même du péritoine.* Au bas de la paroi interne, on découvre l'appendice vermiforme, béant, friable, noir, en partie détruit par la gangrène. Vers la paroi externe, et un peu en arrière, existe une ouverture pouvant admettre l'extrémité du pouce, irrégulière dans son contour, d'où l'on pénètre dans un nouveau foyer qui contient les mêmes matières que le premier, qui a décollé le cœcum, le côlon ascendant et remonte presque au niveau du rein, dont le tissu n'est pas altéré. L'aponévrose iliaque est noirâtre, crevassée et perforée dans plusieurs points. Les muscles iliaque et carré lombaire sont noirâtres ; leurs fibres, pour la plupart ramollies et réduites en bouillie, exhalent une odeur de gangrène. Le cœcum n'offre aucune perforation. Le reste du tube digestif, tous les autres organes de l'abdomen,

ceux renfermés dans la tête et la poitrine ne sont le siége d'aucune altération.

La péritonite iliaque est dans ce cas clairement démontrée par l'autopsie. Remarquons, en effet, que c'est dans la cavité même du péritoine qu'était contenu le foyer purulent, que le cœcum, l'épiploon et quelques anses d'intestin en formaient les parois, que ces organes étaient tapissés de fausses membranes et baignaient dans le pus. La gangrène de l'appendice vermiculaire paraît avoir été le point de départ des accidents. La suppuration des muscles psoas-iliaque et carré des lombes n'a vraisemblablement eu lieu que consécutivement. L'appareil utérin était hors de cause.

Dans la catégorie des péritonites iliaques, il faut classer cette variété nombreuse d'abcès de la fosse iliaque que les auteurs ont désignés sous le nom d'abcès intra-péritonéaux de cette région. Évidemment, ces prétendus abcès ne sont que des péritonites partielles, puisque la collection du liquide qui les constitue est due à une sécrétion morbide de la séreuse enflammée, et non à une phlegmasie ou à la fonte d'un tissu cellulaire qui n'existe pas.

En consultant les auteurs qui ont traité des abcès de la fosse iliaque, on trouverait de nombreux exemples de la variété de péritonite que nous étudions.

La thèse de concours de M. Marchal (de Calvi) (Agrégation en chirurgie, Paris, 1844) renferme une riche collection de faits que l'on pourra interroger avec le plus grand fruit au point de vue qui nous occupe.

Parmi les observations consignées dans la *Clinique médicale* de M. Béhier, à l'article *Maladies des femmes en couches*, il en est plusieurs qui ont trait à la péritonite iliaque. Voici l'analyse de quelques-uns de ces faits :

Obs. Femme de vingt-quatre ans, deuxième enfant. Frissons avant l'accouchement, qui a lieu le 11 décembre 1855. Nouveau frisson le 13. Fièvre. Œdème douloureux du membre inférieur gauche, le 15. Symptômes généraux graves, le 17. Vomissements, hoquets, douleurs lombaires, météorisme abdominal, pouls tremblotant ; respiration anxieuse ; pâleur et altération des traits ; douleur au côté droit du ventre ; 52 inspirations. Mort le 18.

A l'autopsie, épanchement trouble, puriforme, mêlé de flocons pseudo-membraneux, d'un jaune verdâtre, occupant les deux fosses iliaques, au niveau des annexes, surtout à gauche. Injection des annexes. Phlébite purulente des veines utérines. Veines du bassin et de la cuisse gauche gorgées d'un sang noir sirupeux, contenant de petits caillots blanchâtres granuleux. L'œdème a disparu après

la mort. (*Clin. méd.* de Béhier, Paris, 1864, OBS. 1 *bis*, p. 604.)

Obs. Bach (Rose), trente-huit ans, est amenée à l'hôpital avec un bras de l'enfant pendant déjà depuis longtemps hors de la vulve; la poche des eaux était rompue depuis longtemps; on exécute la version céphalique et on applique le forceps le 5 juillet à dix heures du soir.

Le 6. La malade est dans un état extrêmement grave. Elle est d'une grande faiblesse; sa respiration est anxieuse, sa face tirée, son ventre tendu et très-douloureux; pouls à 150. Quatre-vingts sangsues.

Dans la journée surviennent des vomissements verdâtres très-répétés.

Mort à neuf heures du soir.

Autopsie, le 8. Le ventre était extrêmement ballonné, la cavité péritonéale contient un liquide trouble et sanguinolent. Le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite est infiltré d'une sérosité sanglante qui s'étend jusqu'à l'annexe de ce côté. Dans la fosse iliaque gauche, il existe un foyer purulent autour duquel se voit une infiltration séro-sanguinolente; dans une certaine étendue, ce tissu cellulaire présente l'aspect de la gangrène. L'utérus, sur son côté gauche, est rompu au niveau du col et de la partie inférieure du corps, le tissu de l'organe en cet endroit est réduit à une bouillie putrilagineuse. L'utérus mesure 16 sur 15; à son sommet gauche, on trouve une petite tumeur fibreuse; sa cavité est noirâtre et présente des caillots adhérents au niveau de l'insertion placentaire.

La trompe et l'ovaire gauches sont sains; la trompe droite contient du pus; l'ovaire de ce côté est ramolli et gorgé de sang. Le rein gauche est décoloré et mou; la substance corticale présente, réunie par îlots, des grains blanchâtres; elle paraît avoir refoulé la substance tubuleuse. Le rein droit présente le même aspect que le gauche; il est de plus mamelonné.

Les autres organes n'offrent rien de particulier. (Béhier, *Clinique médicale*, p. 648.)

Les deux observations qui précèdent sont des cas de péritonite iliaque double : le premier, compliqué de phlébite des veines utérines, des veines du bassin et du membre inférieur gauche; le second, consécutif au traumatisme nécessité par une présentation vicieuse.

L'observation qui se trouve dans la *Clinique médicale* de M. Béhier, p. 651, mérite d'être citée à cet égard. Nous y renvoyons le lecteur.

La péritonite iliaque étant ainsi démontrée, il nous reste à établir ses caractères distinctifs.

Je ne sache pas d'affection plus commune dans notre service de la Maternité que cette variété de péritonite, surtout quand l'état sanitaire est satisfaisant. Tandis que par les temps d'épidémie

véhémente nous avons surtout affaire à la péritonite généralisée ou générale d'emblée, c'est au contraire la péritonite partielle qui domine quand les conditions de notre milieu clinique sont devenues bonnes. Or, parmi les péritonites partielles, la péritonite iliaque et la péritonite pelvienne proprement dite, qui a une si grande tendance à devenir iliaque ou hypogastrique, sont sans contredit les plus fréquentes.

Le début de la péritonite iliaque est généralement plus tardif que celui de la péritonite générale d'emblée. Le début de cette dernière suit presque toujours de très-près l'accouchement. Il a lieu habituellement dans les deux ou trois premiers jours, rarement après le cinquième ou le sixième. Le début de la péritonite iliaque est beaucoup plus variable. Les limites dans lesquelles on l'observe s'étendent du premier au dixième jour après la délivrance. On l'a même vu avoir lieu au bout de quinze jours, trois semaines, un mois (Bernütz et Goupil). Cependant, il faut savoir que la maladie se manifeste plus souvent dans le courant des cinq ou six premiers jours qu'après cette époque.

Le frisson manque souvent; mais ce qui ne manque presque jamais, c'est la fièvre et les douleurs abdominales.

Le frisson, quand il apparaît, n'a jamais l'intensité, la durée, la profondeur, si l'on peut ainsi dire, du frisson de la péritonite générale d'emblée. C'est un sentiment de froid, un malaise passager, sans tremblement des membres, sans claquement des dents, sans pâleur livide, en un mot sans aucune de ces concomitances graves qui caractérisent le frisson des grandes péritonites.

Le frisson, en raison de sa fugacité, peut passer inaperçu; mais la fièvre sera toujours constatée, fièvre habituellement modérée toutefois, et qui ne se traduit guère que par l'accélération du pouls, la chaleur de la peau n'étant pas très-sensiblement augmentée. Pas d'altération manifeste des traits; pas de changement appréciable dans l'expression de la physionomie.

Ce qui appelle tout d'abord et d'une façon plus saisissante l'attention, c'est la douleur du ventre, douleur occupant tantôt la région hypogastrique, tantôt les deux fosses iliaques ou l'une d'entre elles seulement; douleur s'aggravant par les grandes inspirations, les secousses de la toux, la tension des muscles abdominaux, les tentatives d'exploration par les pressions extérieures, douleur s'irradiant parfois dans les diverses parties du ventre ou s'accompagnant d'élancements jusque dans le membre inférieur correspondant.

Puis vient la tuméfaction, l'un des éléments les plus importants parmi ceux qui constituent les caractères distinctifs de la péritonite iliaque. C'est cette tuméfaction qui a servi si longtemps de base à l'erreur par suite de laquelle on prenait toutes les péritonites iliaques pour des phlegmons de cette région. Aussi importe-t-il de bien mettre en relief les particularités les plus essentielles du symptôme dont il s'agit.

Dans la variété de péritonite que nous étudions, la tumeur ne tarde pas à prendre des proportions beaucoup plus étendues que celles des phlegmons iliaques proprement dits. Elle occupe souvent tout l'espace compris entre trois lignes tirées, l'une de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis, l'autre du pubis à l'ombilic, la troisième de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. D'autres fois, elle se présente sous la forme d'une bande large de deux à trois travers de doigt et se dirigeant obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, depuis le pubis jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, en suivant le bord antérieur de l'os des iles. Dans d'autres cas enfin, elle envoie, soit en haut du côté du flanc, soit en dedans, vers la région iliaque du côté opposé, une espèce de jetée qui dépasse les limites que nous avons indiquées, et qui sont les plus habituelles. Cette tumeur est donc remarquable par son étendue en surface. Sa situation est plus superficielle que profonde; elle représente une masse plutôt diffuse que conglobée. Ce n'est pas, au moins d'ordinaire, un de ces noyaux d'engorgement, plus ou moins volumineux, plus ou moins irrégulièrement sphériques, que la palpation circonscrit aisément; c'est une sorte de magma voisin de la peau, dont la rénitence n'est pas dépourvue d'élasticité et dont la matité est loin d'être absolue comme celle d'une tumeur solide.

Dans cette première période de la maladie, c'est-à-dire lorsque la péritonite n'est encore que séro-adhésive, si l'on complète, à l'aide de l'exploration vaginale, les résultats fournis par l'exploration extérieure de l'abdomen, on constate habituellement que les culs-de-sac vaginaux sont libres; que l'utérus a conservé en grande partie sa mobilité et sa direction normales. Ce n'est, en général, que plus tard, quand la péritonite est devenue purulente; quand il s'est établi dans la fosse iliaque un foyer plus ou moins vaste qui envahit et refoule les organes environnants, que l'on trouve le cul-de-sac correspondant engorgé, l'utérus dévié et fixé par des adhérences dans la position qu'il occupe; mais, dans le principe, je le répète, parce que ce fait m'a souvent servi à distin-

guer la péritonite iliaque soit du phlegmon des ligaments larges, soit d'une ovarite, soit d'un phlegmon vrai de la fosse iliaque, le toucher par le vagin ne révèle rien d'anormal. J'en dirai autant du toucher par le rectum.

Arrivée à ce point, la maladie prend ordinairement des allures chroniques qu'on n'observe ni dans la péritonite de l'hypochondre, ni dans la péritonite épiploïque.

Cependant il n'est pas rare, quand la cause qui a fait naître le désordre local vient à cesser, de voir se dissiper très-rapidement ces engorgements péritonitiques, et les malades au bout de quelques jours être rendues à la santé.

Mais supposez que cette cause persiste, ou bien que la malade commette une imprudence, se lève trop tôt ou prenne un refroidissement, l'amélioration qu'on aura pu constater, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, va faire place à un nouvel ordre de symptômes. Plusieurs cas peuvent se présenter. Nous les indiquerons en procédant des plus communs aux plus rares.

1° Dans la grande majorité des cas, la tumeur iliaque s'indure, se circonscrit. Elle reste douloureuse à la pression ; mais les parties circonvoisines ont perdu de leur sensibilité. Il n'y a pas d'altération notable des traits ; le pouls demeure accéléré, la peau médiocrement chaude, la langue blanche ou saburrale, l'appétit faible ou capricieux ; pas de nausées ni de vomissements, quelquefois de la diarrhée, plus souvent de la constipation. Cet état chronique est accidenté par des poussées ou recrudescences inflammatoires parfaitement décrites par M. Bernutz, poussées qui donnent lieu à une augmentation de la douleur et de la tumeur iliaques, de la fièvre et des autres symptômes concomitants, et qui laissent à leur suite des phénomènes plus ou moins prononcés d'anémie, et parfois une certaine aptitude aux accidents nerveux ou métrorrhagiques.

Après une durée qui varie de plusieurs semaines à plusieurs mois, suivant la constitution de la malade et les conditions hygiéniques du milieu où elle est soignée, l'affection péritonitique finit par disparaître.

2° Dans un nombre de cas plus restreint, mais qui est susceptible de s'élever beaucoup quand l'état sanitaire est mauvais, la péritonite iliaque, après être restée cinq, six, huit, et même quinze jours circonscrite, peut se généraliser, et la mort en est alors la conséquence presque inévitable.

3° La péritonite iliaque, tout en demeurant circonscrite, peut, de séro-adhésive, devenir purulente ou se montrer purulente d'em-

blée. Ce cas est fort heureusement le plus rare, mais il n'est pas le moins digne d'intérêt. La formation de la collection purulente est presque toujours précédée de frissons intenses et de longue durée, frissons qui se répètent à chaque impulsion nouvelle que reçoit le développement de la tumeur. Tous les phénomènes qui accompagnent la fièvre de suppuration apparaissent en même temps : teinte blafarde ou jaunâtre de la peau, sueurs la nuit, perte de l'appétit et des forces, constipation ou diarrhée.

Le pus étant enkysté par des fausses membranes, la tumeur présente une rénitence particulière, et à mesure qu'elle se développe, la fluctuation, qui était d'abord obscure, devient de plus en plus distincte.

Dans ces conditions, et malgré le volume de plus en plus considérable de la tumeur, malgré l'aggravation de la fièvre et des symptômes de cachexie, il arrive souvent que la douleur s'apaise et que les malades éprouvent une sorte de soulagement. La collection purulente peut alors s'ouvrir, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

Delamotte, cité par Marchal, de Calvi (Thèse, 1844, p. 38 et 39), rapporte deux observations de péritonite purulente hypogastrique, ouverte à l'extérieur, l'une spontanément, aux environs de l'ombilic, l'autre au-dessus du pli de l'aine, à l'aide d'une lancette. Les deux malades, qui étaient de jeunes accouchées, guérirent.

Doublet, dans ses *Recherches sur la fièvre puerpérale*, a fait connaître le cas d'une jeune femme accouchée depuis dix à douze jours, et chez laquelle une collection purulente intra-péritonéale vint s'ouvrir d'elle-même dans l'espace compris entre l'ombilic et la crête de l'os des iles.

A l'intérieur, c'est par l'intestin que s'évacuent les collections purulentes dont il s'agit, et ce mode d'évacuation est sans contredit le plus favorable, celui qui est suivi le plus habituellement du retour à la santé. Toutefois, il ne faudrait pas croire que la guérison fût invariablement la règle dans tous ces cas. Il peut arriver et il arrive souvent que le foyer, bien que s'ouvrant sur plusieurs points de l'intestin à la fois, se vide lentement et imparfaitement, et que les malades succombent avec tous les symptômes de la fièvre hectique et de la cachexie purulente : diarrhée colliquative, vomissements, sueurs, amaigrissement progressif, broncho-pneumonie catarrhale, etc.

Toutefois, les auteurs signalent encore d'autres voies par lesquelles la collection purulente peut se faire jour. Tels sont le vagin, l'utérus, la vessie.

Husson et Dance, cités par Marchal, de Calvi (*loco cit.*, p. 54), rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans, accouchée à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1819. Frissons répétés durant quelques jours, puis apparition d'un empâtement dans la fosse iliaque gauche. Dépérissement, face pâle, jaunâtre, yeux ternes et caves; peau sèche et terreuse ; voix faible ; fièvre continue avec redoublement le soir ; puis, dans la fosse iliaque gauche, large tuméfaction fluctuante, suivie au cinquième jour d'une évacuation très-abondante de pus avec les urines, évacuation qui se prolonge pendant une douzaine de jours. La tuméfaction disparaît, ainsi que les douleurs, la fièvre et la diarrhée. Plus tard, un point de fluctuation se montre au niveau de l'arcade crurale. Dupuytren en fait l'ouverture. Une suppuration abondante s'en écoule et fait bientôt place à un liquide séreux. Enfin, la plaie se cicatrise et la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie après trois mois de traitement.

M. Mélier (*Journ. gén. de méd.*, 1827) a publié une observation très-intéressante de péritonite iliaque purulente enkystée ouverte dans le vagin.

Il s'agit dans ce cas d'une jeune femme de trente ans qui, au lendemain d'un second accouchement, est prise d'une douleur au côté droit du ventre, avec tension des parois ; son mat, fluctuation obscure, peau chaude, hoquets fréquents, suppression des lochies. Les jours suivants, les accidents locaux et généraux s'aggravent, et malgré un écoulement subit et très-abondant de pus grisâtre et fétide apparu le sixième jour après l'accouchement, la malade continue de s'affaiblir et meurt le vingt-deuxième jour.

A l'autopsie on trouve, dans la fosse iliaque droite, un vaste foyer contenant plusieurs litres de pus fétide, grisâtre et mal lié. Ce liquide, *inclus dans le péritoine*, était enveloppé de toutes parts par une fausse membrane, déjà assez bien organisée, irrégulièrement épaisse, d'un blanc sale, molle, s'enlevant par lambeaux. Des adhérences nombreuses de circonvolutions intestinales entre elles et avec les parties adjacentes bornaient cette collection purulente. Le foyer se prolongeait jusque dans le petit bassin et communiquait avec le vagin au moyen d'une ouverture large et irrégulière à bords mous, frangés et noirs, occupant la paroi droite du vagin, presque entièrement détruite.

Phlébite de la veine iliaque externe et de la veine crurale. Rien dans les autres organes.

Enfin, Husson et Dance ont fait connaître l'observation citée par

Marchal, de Calvi (Thèse de concours, 1844, p. 55), d'une jeune fille accouchée à sept mois et chez laquelle une collection purulente de la fosse iliaque se serait fait jour par une ouverture formée dans les parois du col de l'utérus. Après avoir décrit le foyer contenu dans la fosse iliaque, les auteurs de l'observation s'expriment ainsi : « Le vagin ne présentait aucune perforation ; mais à cinq lignes au-dessus de l'extrémité inférieure du col de la matrice, on voyait une ouverture arrondie et noirâtre de trois lignes de diamètre, dans laquelle il nous a été facile d'insinuer une sonde qui a pénétré jusque dans le foyer purulent. »

M. Bernutz a révoqué en doute ces modes d'évacuation par divers organes autres que la peau et l'intestin. Mais les cas que nous venons de citer, émanés tous d'observateurs distingués, nous paraissent peu contestables. Lisez d'ailleurs les observations 48 et 49 de la thèse de M. Marchal, et vous verrez que, dans l'une, la collection purulente s'ouvrit à la fois dans le rectum et dans la vessie, et que l'autre est un bel exemple de foyer péritonitique puerpéral qui s'est fait jour en même temps par la vessie et par le vagin.

La péritonite iliaque circonscrite peut, chez les femmes en couches, être confondue : 1° avec le phlegmon iliaque proprement dit, c'est-à-dire avec le phlegmon sous-péritonéal ; 2° avec le phlegmon des ligaments larges ; 3° avec l'ovarite.

Déjà nous avons cité le passage du travail de M. Grisolle, dans lequel ce professeur distingué indique la possibilité de confondre le phlegmon iliaque avec la péritonite iliaque.

Un autre auteur, M. Lebâtard (Thèses, Paris, 1838, p. 13), s'est efforcé de préciser les éléments de ce diagnostic différentiel. Voici le passage dans lequel il a tenté d'établir cette distinction :

« Une péritonite partielle et bornée à la fosse iliaque peut, par ses symptômes et ses suites, en imposer pour une tumeur iliaque. Elle se caractérise (la péritonite) par une douleur plus vive à la pression, et souvent accompagnée de tuméfaction, de dureté dans le point malade et d'un appareil fébrile plus intense. Dans la grande majorité des cas, l'épanchement, peu considérable, qui est l'effet ordinaire de l'inflammation, se résorbe avec rapidité ; mais dans quelques cas, la portion enflammée du péritoine devient le siége d'une collection de pus circonscrite par des adhérences accidentelles. Ce pus peut se faire jour dans un des organes contigus dont les parois, qui sont aussi celles du foyer, sont peu à peu amincies et détruites dans un point. Il peut alors être rejeté ou par le vo-

missement ou par l'anus, selon l'étendue du foyer et l'organe qu'il aura corrodé.

« Cette péritonite marche avec une rapidité plus grande que ne le fait ordinairement le phlegmon du tissu cellulaire de la fosse iliaque interne; ses symptômes sont plus incisifs, la douleur plus superficielle et plus vive à la pression, son étendue plus grande, la tuméfaction plus évidente au début de la maladie, et d'après l'examen des causes on peut, dans la grande majorité des cas, distinguer la tumeur iliaque d'une péritonite partielle à laquelle elle peut succéder ou dont elle peut être la cause. »

Je n'ai rien à ajouter à cet exposé des caractères différentiels de la péritonite iliaque comparée au phlegmon iliaque, sinon qu'il résume, ou à peu de chose près, tout ce que nous avons dit des traits distinctifs de cette variété de péritonite et qu'il peut servir de guide pour éviter toute erreur.

Le diagnostic de la péritonite iliaque d'avec le phlegmon des ligaments larges présente toujours des difficultés sérieuses; mais on parviendra à les résoudre en ayant égard aux particularités suivantes : dans le phlegmon des ligaments larges, la tumeur est transversalement située, fait corps avec l'utérus, siége à une certaine profondeur, surtout au début, et ne se rapproche de la surface cutanée qu'au fur et à mesure qu'elle se développe. Dans la péritonite iliaque, la tumeur est tout d'abord plus superficielle que profonde, plus large, plus diffuse, indépendante de l'utérus, et offre une direction souvent très-différente de celle du ligament large. Dans le phlegmon des ligaments larges, la douleur est moins aiguë, plus limitée, les phénomènes de réaction moins accusés et la marche moins rapide que dans la péritonite iliaque.

Les mêmes éléments de diagnostic serviront à différencier l'ovarite de la péritonite iliaque, avec cette nuance, que la tumeur dans l'ovarite est encore plus circonscrite, plus facilement limitable que dans le phlegmon des ligaments larges. Ajoutons pour l'ovarite, comme pour le phlegmon des ligaments larges, que le toucher vaginal permettra souvent d'arriver sur les parties engorgées; ce qui n'a presque jamais lieu, du moins dans le principe, pour la péritonite iliaque. Le même mode d'exploration fera constater au début que, dans cette dernière affection, la matrice est moins souvent fixée dans sa position ou déviée que dans les maladies des annexes.

Faisons remarquer que si ces caractères diagnostiques se confondent souvent dans la pratique, cela tient à ce que le phlegmon des ligaments larges et l'ovarite deviennent fréquemment le point

de départ d'une péritonite circonscrite, laquelle finit par obscurcir les signes qui dans l'origine étaient parfaitement distincts.

C'est à l'examen cadavérique qu'il appartenait de porter la lumière dans la question que nous étudions. C'est, en effet, grâce à ce mode d'investigation, que nous avons réussi, d'abord à reconnaître les nombreuses erreurs que nous avions commises en prenant pour base unique de notre appréciation les phénomènes observés pendant la vie, puis à débrouiller ce chaos des diverses tumeurs qui peuvent naître et se développer dans la fosse iliaque.

Nous avons, en effet, plusieurs fois reconnu, à l'autopsie des femmes en couches qui nous avaient paru atteintes d'un phlegmon iliaque, qu'il s'agissait d'une péritonite circonscrite et caractérisée le plus habituellement par la soudure de plusieurs portions d'intestin entre elles à l'aide d'un liquide glutineux. Les adhérences étaient plus on moins solides, leur organisation plus ou moins avancée; elles avaient lieu non-seulement d'une portion d'intestin à l'autre, de manière à constituer un paquet plus ou moins volumineux, mais de cette masse aux parties voisines, telles que la paroi abdominale antérieure, le muscle iliaque, l'utérus, etc.

L'inflammation péritonéale, au lieu d'être séro-adhésive, était-elle purulente? On voyait, en détachant les diverses anses intestinales de leurs soudures respectives, la matière purulente ou séro-purulente s'écouler çà et là des espaces interintestinaux dans lesquels elle était comme emprisonnée.

Dans une dernière forme de cette péritonite, le pus était collecté et solidement enkysté, tantôt entre la masse intestinale, qui lui servait comme de plancher, et la paroi antérieure de l'abdomen, tantôt entre plusieurs organes à la fois, tels qu'une portion quelconque d'intestin, le muscle iliaque, l'utérus ou ses annexes, la paroi abdominale antérieure, etc. Les diverses observations que nous avons rapportées offrent plusieurs exemples de cette forme enkystée de la péritonite iliaque purulente.

Parmi les causes de la péritonite iliaque chez les femmes en couches, il faut signaler au premier rang le génie épidémique. Il est, en effet, très-curieux de voir à certaines époques, et particulièrement quand les grandes épidémies puerpérales ont disparu ou tendent à disparaître, de voir, disons-nous, les formes bénignes de la péritonite succéder aux formes graves de cette maladie et les affections locales aux affections *totius substantiæ*. Le nombre des malades ne diminue pas toujours pour cela; mais ce qui diminue sensiblement, c'est la gravité des cas et la mortalité.

Une autre cause non moins avérée, c'est le voisinage de l'utérus et de ses annexes. Après l'accouchement, ces organes, plus ou moins meurtris, tiraillés, lacérés, deviennent le siége d'un travail de réparation qui se complique aisément d'un processus inflammatoire. Or, il est aisé de concevoir que la portion de péritoine qui recouvre ces organes ait sa part de cet état morbide, qu'il s'enflamme, lui aussi, et qu'il soit ultérieurement le théâtre des diverses lésions anatomiques que nous avons décrites.

Il ne faudrait pas cependant s'exagérer la portée et l'influence de cette cause pathogénique. Si elle était aussi puissante qu'on est porté à le croire, il n'y aurait pas de raison pour que les péritonites iliaques ou intra-pelviennes, qui sont si souvent simultanées, ne fussent pas aussi communes dans la pratique civile que dans la pratique hospitalière. Or, l'expérience de tous les médecins est là pour établir les différences énormes que présentent ces variétés de péritonite au point de vue de la fréquence dans l'un comme dans l'autre cas.

Le traitement de la péritonite iliaque doit être conduit avec une certaine vigueur pour donner des résultats satisfaisants. Dès qu'apparaissent les premières douleurs dans la région hypogastrique ou iliaque, il faut avoir recours aux saignées locales. Je préfère généralement les applications de ventouses scarifiées, qui ont le double avantage d'être expéditives et de n'extraire que la quantité de sang voulue, aux sangsues, dont l'application est toujours lente, expose à des refroidissements et fournit tantôt plus, tantôt moins de sang qu'on ne l'aurait désiré. Dans la péritonite iliaque, je n'ai presque jamais vu l'application des ventouses scarifiées n'être pas suivie de l'apaisement des douleurs, d'une diminution dans la tuméfaction de la partie, de l'amoindrissement de la fièvre; en un mot, d'une sédation et d'un bien-être que les malades ne manquent jamais de faire remarquer.

Toutefois, l'expérience m'a démontré qu'il ne fallait pas s'endormir sur ce succès initial. Il est rare, surtout dans les établissements hospitaliers, que les accidents ne reparaissent pas le lendemain ou l'un des jours suivants. S'il y a de la fièvre, de l'inappétence, du malaise, il ne faut pas hésiter à recourir à une nouvelle application de ventouses scarifiées. Mais en général, quoi qu'il arrive plus tard, il ne faut pas (et je ne parle ici que des femmes en couches) pousser plus loin les évacuations sanguines. On ne doit pas oublier que la nouvelle accouchée, en raison des pertes de sang qu'elle a éprouvées au moment de l'accouchement, de la diète

relative à laquelle elle a été condamnée, de l'épuisement qui résulte pour elle de l'existence do plusieurs sécrétions physiologiques, telles que les lochies, le lait, les sueurs, etc., est déjà anémique ou quasi-anémique, et qu'il faut éviter d'ajouter une cause nouvelle à toutes ces causes d'appauvrissement de l'organisme.

Quand les ventouses scarifiées ne peuvent plus être employées, c'est aux vésicatoires qu'il faut s'adresser pour combattre la péritonite iliaque. Eux aussi ont alors une efficacité bien démontrée, et je ne saurais trop en recommander l'emploi. Ils doivent être prescrits d'une dimension égale aux limites supposées de la péritonite, saupoudrés de camphre pour écarter l'éventualité d'une cystite cantharidienne et laissés assez longtemps pour produire une ampoule volumineuse. Aussitôt sec, le premier vésicatoire est remplacé par un second, celui-ci par un troisième, jusqu'à ce qu'on ait obtenu, sinon la guérison radicale, du moins une amélioration soutenue et progressive de l'état des parties malades.

Lorsque l'affection péritonitique résiste à l'emploi de ces moyens, j'ai l'habitude de recourir aux pommades dites résolutives : mercurielle, iodurée, etc., en ayant soin de seconder leur action par les topiques émollients.

Un moyen auxiliaire d'une importance capitale, c'est l'observation rigoureuse du repos au lit. Faute de se conformer à ce précepte bien simple, il arrive trop souvent que des frottements intempestifs ont lieu entre les surfaces malades, que des adhérences en voie d'organisation se rompent, que des collections séreuses et purulentes, jusque-là closes de toutes parts, se frayent une issue dans la cavité générale du péritoine; d'où résultent, ou bien l'aggravation des accidents locaux, ou une généralisation de la péritonite.

Quand la péritonite purulente tend à se faire jour à l'extérieur, je n'hésite pas à pratiquer l'ouverture du foyer à l'aide du trocart, et même do l'instrument tranchant, quand il m'est bien démontré qu'il s'agit d'une collection intra-péritonéale bien circonscrite et enkystée ; quand le siége et les limites de la matité correspondante à la tumeur ne se déplacent pas, quelles que soient les attitudes données au tronc ; quand la saillie formée par cette tumeur donne à son centre le sentiment de la fluctuation, à son périmètre celui de la dureté et do la rénitence ; enfin, quand la collection tout entière fait corps avec la paroi antérieure de l'abdomen et ne présente aucune mobilité.

En tenant compte de ces conditions, on ne s'exposera à aucun des accidents qui pourraient résulter de l'ouverture de la cavité

péritonéale. On n'aura pas à redouter l'issue des intestins, puisque la collection est enkystée; on ne craindra pas davantage les effets de la pénétration de l'air dans le péritoine, puisque la collection n'a aucune communication avec l'intérieur de cette séreuse.

(*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du spina bifida,

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Le *spina bifida* est un vice de conformation assez rare.

Il consiste dans un arrêt de développement du rachis et surtout des lames, portant sur une ou plusieurs vertèbres, et qui laisse les membranes de la moelle faire hernie.

Causes. — Comme pour la plupart des vices de conformation, la cause est loin d'être positivement connue.

Symptômes. — Tumeur fluctuante sur la partie postérieure de la colonne vertébrale, plus commune à la région lombaire, plus rare à la région sacrée, et plus rare encore à la région cervicale. La tumeur est souvent sans changement de couleur à la peau, quelquefois rougeâtre, parce qu'elle menace de se percer. Les enfants arrivent quelquefois au monde avec un point sphacélé ou même avec un point fistuleux. En général, on ne voit qu'une tumeur, avec ou sans hydrocéphalie; quelquefois plusieurs existent sur le même sujet. La tumeur est dure, rénitente, lorsqu'on tient le sujet debout; si on tient l'enfant couché sur le ventre, la tumeur est moins volumineuse, plus ou moins molle, surtout si la tête est renversée et plus basse que le tronc. L'inspiration et l'expiration déterminent des mouvements d'affaissement ou de distension dans la tumeur; elle peut être réduite en totalité ou en partie par la pression.

Lorsqu'il y a hydrocéphalie, en pressant sur la tête on fait refluer le liquide dans la tumeur vertébrale, *et vice versa.* Par la compression de cette tumeur on peut déterminer des symptômes cérébraux, quelquefois du coma; on provoque des cris chez l'enfant; il peut y avoir paraplégie. On constate très-souvent d'autres vices de conformation sur les sujets atteints de spina bifida.

Pronostic. — Ce vice de conformation est essentiellement grave quand la tumeur est volumineuse; la nature est impuissante le

plus souvent, et, en général, la chirurgie peu efficace. La rupture spontanée avant ou après la naissance laisse peu d'espoir de guérison ; elle a lieu souvent.

Cependant, lorsque la tumeur est petite et qu'elle existe seule, elle n'est pas toujours complétement incurable.

Dans la plupart des cas, l'influence fâcheuse de cette tumeur agit sur l'état général de l'enfant, surtout si la tumeur s'ouvre et détermine une fistule ; bien souvent elle occasionne le dépérissement, et plus la tumeur est voisine de la région cervicale, plus l'enfant s'affaiblit promptement.

Ceux qui vivent offrent le plus ordinairement des accidents du côté des centres nerveux ; ils deviennent paraplégiques, s'ils ne le sont pas en venant au monde ; toujours, ou au moins très-souvent, il y a état général de langueur, amaigrissement, incontinence des urines et des matières fécales, quelquefois des convulsions.

Quelques enfants vivent très-peu de temps, ils meurent de méningite cérébro-spinale; mais, cependant, quelquefois il arrive qu'ils prolongent leur existence plusieurs années, jusqu'à vingt et vingt-cinq ans même.

Altérations pathologiques. — Une vertèbre peut être seule divisée ; d'autres fois, il y en a plusieurs ; ordinairement, il y a écartement des arcs vertébraux ou bien les arcs latéraux sont détruits. On remarque par conséquent une ouverture plus ou moins longue et plus ou moins large, en forme de boutonnière, à la colonne vertébrale.

En examinant le liquide qui baigne la moelle, on reconnaît que c'est le fluide cérébral ; il est plus ou moins abondant, suivant le volume de la tumeur qui est variable. Ce liquide est limpide, insipide ou salé ; quelquefois on y rencontre des flocons, on y trouve du sang et du pus, surtout après des opérations qu'on croit utile de pratiquer dans ces cas.

En disséquant la moelle avec attention, nous avons vu plusieurs fois los deux moitiés latérales du cordon rachidien écartées et distinctes ; ce cordon paraît alors aplati et élargi.

La moelle peut aussi être plus longue ; elle peut être atrophiée, ramollie ; elle manque quelquefois au niveau de l'hiatus vertébral. Les nerfs spinaux se perdent dans l'épaisseur des parois de la tumeur, ou ces nerfs flottent dans la cavité de la poche.

Traitement. — Guérir le *spina bifida* d'une manière radicale nous paraît tout à fait impossible ; en effet, quoi qu'on fasse, on ne

pourra jamais combler la partie osseuse qui manque au canal du rachis ; mais on peut espérer une cure palliative qui mettra dans de meilleures conditions les enfants qui viennent au monde avec ce vice de conformation.

Les moyens à mettre en usage doivent déterminer l'adhérence des parois de la poche, afin qu'elle ne soit plus distendue par le liquide rachidien.

Compression. — Le premier moyen et le plus simple consiste dans la compression soit à l'aide de pelotes, soit à l'aide de bandages ; ainsi, As. Cooper est celui qui l'a le plus employé avec succès. Il'a mis en usage la compression seule et aussi avec des piqûres. C'est le moyen que nous avons employé avec succès deux ou trois fois ; nos opérés ont vécu ; nous les avons perdus de vue, ils étaient de province et amenés à la consultation. Nous en avons eu un qui est mort d'une autre affection, et que nous avons suivi jusqu'à deux ans ; mais nous n'avons pas pu avoir d'autopsie. En général, nous avons fait une ponction capillaire, puis la compression avec des disques d'agaric et un bandage circulaire de flanelle ; au bout de huit à dix jours la tumeur se remplissant, nous avons fait une nouvelle ponction. Deux malades, traités à l'aide de ce procédé, sont morts de méningite rachidienne.

Suture de la poche. — C'est le docteur Dubourg à qui on doit ce procédé, et qui a publié deux cas de succès. Une incision elliptique a été faite sur la tumeur, on a mis de suite le doigt sur l'ouverture pour empêcher l'air d'entrer, et la plaie a été réunie par la suture entortillée. Nous avons eu l'occasion de faire trois fois cette opération à la région lombaire en pratiquant la suture enchevillée, et trois fois nous avons perdu nos malades de méningite rachidienne, avec pus et flocons dans le canal vertébral. Nous avons employé un procédé qui consiste à pincer la poche dans le sens vertical, à l'aide de deux morceaux de sonde placés latéralement et fortement serrés à leurs extrémités ; il y a eu inflammation et mort, le lendemain, de méningite rachidienne.

A l'exemple de M. Dubois, nous avons passé deux épingles à la base de la tumeur ; au-dessous de leur extrémité, nous avons passé des bouts de sondes fixées solidement ensemble ; deux jours après, ulcération de la tumeur, inflammation de la poche, symptômes cérébraux et mort.

Les injections proposées par le docteur Brainard, chirurgien anglo-américain, ont été faites d'abord avec eau distillée, 100 grammes ; iode, 1 milligramme et demi ; 4 milligrammes et

demi d'iodure de potassium; il a augmenté de force la solution graduellement. De cette manière M. Brainard compte plusieurs succès. Chaque fois il a pris la précaution de n'injecter que dans la poche, et en comprimant de manière à empêcher le liquide d'entrer dans la cavité vertébrale. M. Velpeau, M. Chassaignac ont employé ces injections, avec teinture d'iode étendue d'eau comme pour l'hydrocèle; M. Chassaignac nous a montré un cas de succès. Nous n'avons pas usé de ce moyen. Nous sommes d'avis jusqu'à présent de mettre en usage les ponctions et la compression, comme l'ont conseillé Abernethy et Astley Cooper, en faisant de très-petites ponctions avec une aiguille, et seulement dans les cas où les tumeurs ne sont pas trop volumineuses, ne sont pas trop douloureuses, enflammées ou fistuleuses, et surtout si elles sont petites et pédiculées.

Dans ces cas et lorsque le liquide se réduit bien par la pression, on a quelques chances très-rares de succès, et en continuant longtemps la compression, on voit la tumeur s'affaisser et rester à l'état de sac vide; quelquefois il peut arriver que la tumeur s'enfonce et présente une espèce de dépression ombilicale. C'est par ce moyen qu'on a vu quelques malades vivre jusqu'à vingt et vingt-cinq ans.

Chute du canal de l'urèthre chez les enfants,

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Les ouvrages de chirurgie, même les ouvrages qui traitent spécialement des voies urinaires, parlent fort peu ou point du tout de la chute de l'urèthre. Cette affection n'est cependant pas très-rare chez les petites filles. J'en ai vu au moins chez douze ou quinze, de l'âge de deux à douze ans, en vingt ans de pratique à l'hôpital et en ville.

Causes. — Celle que nous avons pu reconnaître sont pour nous des efforts réitérés, soit de toux, comme dans les quintes violentes de coqueluche, soit les bronchites chroniques avec toux fréquente, ou les constipations qui nécessitent des efforts violents et fréquents de défécation; enfin, la débilité générale; aussi nous avons constaté ces procidences de la muqueuse de l'urèthre chez des petites filles affaiblies par diverses causes, principalement dans des cas de convalescences très-longues, à la suite de maladies aiguës et souvent dans des maladies chroniques.

Symptômes. — Les enfants se plaignent peu en général; cepen-

dant quelquefois elles ont de fréquentes envies d'uriner; elles éprouvent de la chaleur dans l'émission des urines. Comme cette maladie ne cause pas toujours des douleurs, les enfants ne se plaignent pas; on est longtemps sans examiner la vulve, et c'est à l'inspection de cette partie que l'on peut arriver à porter un diagnostic. Alors, si on écarte les lèvres, on voit le plus ordinairement que la vulve est plus colorée que d'habitude; si on examine le méat urinaire, on observe une petite tumeur muqueuse rosée; elle paraît sortir de l'intérieur du canal et n'est d'abord pas très-considérable; elle offre à son centre une ouverture dans laquelle on peut introduire une sonde; on reconnaît alors qu'on entre au centre d'un bourrelet plus ou moins considérable et formé par la membrane muqueuse du canal de l'urèthre. Si on pousse plus avant la sonde, on ne tarde pas à pénétrer dans la vessie et à voir sortir l'urine.

Cet état peut durer longtemps stationnaire sans s'aggraver; mais d'autres fois la tumeur se développe lentement, donne une exsudation sanguine, puis bientôt une sérosité purulente; elle est augmentée de volume et irritée à sa surface, qui se sphacèle superficiellement; elle enflamme les parties voisines et détermine de la vulvite; le suintement peut augmenter sans causer de grandes douleurs; mais alors il y a chaleur et cuissons lorsque le malade urine.

Nous n'avons pas vu de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes très-longtemps; nous pensons qu'avec le temps elles peuvent se sphacéler en partie ou en totalité et entretenir un écoulement séro-purulent.

On pourrait confondre ces tumeurs, formées par la chute de la muqueuse uréthrale, avec des polypes de l'urèthre; mais en y regardant attentivement, on reconnaîtra que le polype se présente sous forme d'une petite tumeur plus ou moins pédiculée, dont le pédicule pénètre dans le canal, tandis que la chute de l'urèthre se présente sous forme d'un bourrelet très-petit entourant le méat urinaire; il ressemble en petit à la chute de la muqueuse du rectum.

Cette maladie, qui n'est pas grave, peut occasionner de l'inflammation à la vulve; elle peut porter les enfants à se livrer à des attouchements à cause de la démangeaison.

Traitement. — Il y a avantage à en débarrasser les enfants, et c'est par l'excision qu'on peut les mettre promptement dans l'état normal; les autres moyens, les ligatures, les cautérisations, ne permettent que très-lentement de détruire ces prolapsus de l'urèthre.

Pour pratiquer cette excision, il n'y a pas nécessité d'anesthésier les malades ; cependant, comme les petites filles sont souvent craintives et assez difficiles à maintenir, nous trouvons de l'avantage à les chloroformer. Nous mettons l'enfant sur le bord d'un lit ; nous faisons maintenir les cuisses fléchies et écartées, puis les grandes lèvres étant tenues de manière à bien faire voir la tumeur, le chirurgien peut la saisir avec une anse de fil qui permet de la tirer légèrement ; des ciseaux courbes portés en arrière permettent de la reséquer d'un seul coup ; on peut aussi de la main gauche, armée d'un ténaculum, la tirer en avant, sans employer de fil, puis la couper en arrière.

Il s'écoule peu de sang, et l'application d'eau fraîche peut suffire pour faire cesser l'écoulement, qu'on pourrait arrêter avec du perchlorure de fer étendu d'eau, ou bien par un petit tampon d'agaric imbibé de ce mélange et appliqué quelques instants sur la plaie qui résulte de cette excision.

Des lavages à l'eau fraîche, quelques applications de crayon de nitrate d'argent suffisent pour obtenir la cicatrisation de la plaie. Les petites malades souffrent quelques jours en urinant, mais cela ne dure pas.

Nous ajouterons qu'une fois nous avons eu un écoulement de sang que nous n'avons pas pu arrêter avec le perchlorure, et que nous avons tenu pendant vingt-quatre heures une vessie remplie de glace sur la région hypogastrique et au devant de la vulve. Ce dernier moyen nous a parfaitement réussi. Chez cette petite fille, qui avait dix ans, la tumeur datait environ de quatre ans ; elle était saignante avant l'opération. Le début du mal datait de quatre ans.

CHIMIE ET PHARMACIE.

D'un nouveau mode d'administration du cubèbe,

Par M. le docteur Constantin Paul, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Le cubèbe est un médicament précieux, et d'un usage journalier ; mais les formes sous lesquelles on l'administre d'ordinaire ont des inconvénients tels, que les malades refusent souvent de s'y soumettre pour peu que l'emploi en soit de quelque durée. Nous avons pensé qu'il y aurait avantage à prescrire le cubèbe sous une forme telle que le malade pût en prendre de grandes

quantités sous un petit volume, et qu'une enveloppe appropriée en masquât complétement l'odeur et la saveur.

Le poivre cubèbe se présente, comme on le sait, à l'état de grains globuleux, d'un brun noirâtre, recouverts d'un épiderme résistant. Il ne peut donc être administré en nature, car il passerait dans le tube digestif sans être attaqué, et n'agirait que comme corps étranger. Ce serait tout simplement un purgatif analogue à la graine de moutarde blanche. On l'a donc divisé en poudre, et c'est de cette manière qu'il est le plus ordinairement administré. Cette poudre, délayée dans l'eau, forme au fond du verre une bouillie noirâtre d'un aspect désagréable, d'une saveur et d'une odeur nauséeuse qui ne peuvent être surmontées que par le vif désir qu'ont les malades de se débarrasser de leur affection. Pour obvier à cet inconvénient, on a eu l'idée d'enfermer cette poudre dans des capsules. C'était déjà un perfectionnement; mais malgré cela, l'usage du poivre cubèbe s'est considérablement restreint. Cette amélioration fut bientôt suivie d'une autre : on pensa à n'administrer que la partie active de cette poudre en rejetant les parties ligneuses et épidermiques. La première tentative faite dans ce sens fut de donner des solutions de cubèbe d'abord dans l'eau, puis dans l'alcool. On fit même mieux; on retira par la distillation les liquides qui avaient servi à déplacer les éléments actifs du cubèbe, et l'on eut ainsi les oxtraits par l'eau et l'alcool; extraits qui, renfermant surtout les principes oléagineux et résineux du cubèbe, prennent le nom d'*extraits oléo-résineux*.

En 1858, frappé des beaux résultats qu'avaient obtenus les Anglais de l'emploi du cubèbe à haute dose, au début des blennorrhagies aiguës, j'employai ces extraits oléo-résineux en les incorporant dans un sirop aromatique. Malheureusement, je ne pus trouver de substance qui masquât d'une façon suffisante l'odeur et la saveur de ce médicament. Il y avait encore un inconvénient, c'est qu'il était très-difficile d'obtenir une émulsion suffisamment intime, pour que le médicament et l'excipient ne fussent point séparés au bout de quelques heures. J'eus l'idée d'enfermer dans des capsules ordinaires l'extrait oléo-résineux. Il me fut alors facile de faire accepter aux malades un traitement suivi par ce moyen, et j'en profitai pour tenter le traitement abortif de la blennorrhagie aiguë au début par des doses assez considérables pour représenter environ 60 grammes de poivre brut.

Je ne tardai pas à être frappé de deux choses :

1° De la tolérance extrême de l'organisme pour le cubèbe;

2° De son activité thérapeutique.

En effet, le cubèbe, donné sous forme d'extrait oléo-résineux, enfermé dans des capsules, ne trouble pas les fonctions de l'estomac, et le meilleur moment pour l'administrer est le commencement des repas. Cette préparation ne donne lieu qu'à bien peu de renvois, laisse digérer même les malades qui ont un mauvais estomac, et ne provoque jamais de diarrhée. La saturation, c'est-à-dire la production de la roséole spécifique, ne survient que rarement et demande au moins huit jours d'un traitement suivi avec cette forte dose.

En revanche, les blennorrhagies récentes, celles qui sont surtout remarquables par l'intensité de la douleur et du travail inflammatoire, celles en un mot qui sont le plus pénibles, cessent presque de suite par l'emploi de ce mode de traitement. La douleur et la purulence de l'écoulement disparaissent au bout de quarante-huit heures, trois jours au plus, et le malade n'a plus qu'un écoulement muqueux dont le traitement a promptement justice et que quelques injections achèvent facilement.

Ce sont là les véritables indications du cubèbe, il faut y ajouter que le médicament doit être administré le plus près possible du début de la maladie.

Les autres formes de la blennorrhagie, la blennorrhagie chronique, la goutte militaire, ou tout simplement la blennorrhagie récente, mais atonique, catarrhale, ne sont nullement modifiées par ce traitement.

C'est donc aux blennorrhagies essentiellement aiguës que s'adresse ce médicament, et il a cet avantage, qu'il peut être porté sans inconvénient à une dose assez forte pour former un traitement abortif, huit des capsules dont je vais donner la formule correspondant à 60 grammes de poivre brut de cubèbe. Je fais prendre ces capsules à la dose de huit par jour, ainsi réparties : deux le matin avant le premier repas, deux avant le déjeuner, deux avant le dîner et deux le soir au moment du coucher, l'observation m'ayant montré qu'en mangeant immédiatement après avoir pris les capsules on n'a que peu ou point de renvois.

Ce traitement ne se continue que pendant six à neuf jours, après ce temps il n'agit plus guère. Du reste, il n'arrive presque jamais que, passé ce temps, l'écoulement ainsi traité reste très-aigu ; ce qui persiste de la blennorrhagie est alors heureusement modifié par des injections légèrement astringentes.

Voici le moyen de préparer les capsules que je conseille.

Encouragé par les succès que j'avais obtenus depuis trois ans en enfermant dans des capsules de gélatine l'extrait oléo-résineux de cubèbe, je priai en 1861 mon ami Delpech, pharmacien à Paris, de me préparer un certain nombre de ces capsules et de rechercher s'il ne pourrait perfectionner cette préparation pharmaceutique.

M. Delpech ajouta aux dissolvants employés déjà, l'eau et l'alcool, un troisième dissolvant, l'éther, suivant un procédé préconisé par M. Dausse et principalement applicable au traitement des plantes à principe extracto-aromatique, et obtint un extrait renfermant des principes actifs du cubèbe, qui manquaient aux préparations précédentes.

L'extrait ainsi obtenu renferme les principes suivants :

1° L'huile volatile de cubèbe extraite par l'eau et l'éther ;

2° Une résine balsamique molle et âcre, extraite par l'alcool ;

3° Le cubébin, extrait en partie par l'alcool, mais complétement par l'alcool et l'éther. Cet extrait n'est pas noirâtre, comme l'extrait oléo-résineux, mais au contraire d'une couleur vert-olive foncé.

Il a une consistance sirupeuse épaisse et une odeur fortement éthérée, dans laquelle on reconnaît néanmoins l'odeur propre au cubèbe. La saveur en est franche et piquante comme celle de la menthe. Cet extrait correspond non plus à huit fois son poids de poivre brut, comme l'extrait oléo-résineux, mais bien à dix fois son poids de cubèbe brut.

Cet extrait est renfermé dans des capsules ovoïdes du poids total de 1 gramme, et renfermant 0gr,75 d'extrait.

Sous cette forme, il n'a plus ni odeur ni saveur, et les malades s'y soumettent volontiers.

Voici le procédé que M. Delpech a adopté pour la fabrication de ces capsules :

Grenétine, gomme choisie et pulvérisée, sucre de canne, miel de Narbonne, eau pure.

Faites dissoudre au bain-marie ces substances dosées convenablement, et plongez dans cette solution des olives de fer étamé, légèrement huilées et fixées sur un plateau par une tige très-mince ; retirez le plateau au bout d'un instant et imprimez-lui un mouvement de rotation. Lorsque les capsules sont refroidies, mettez le plateau dans une étuve légèrement chauffée, et laissez-l'y jusqu'à ce que les capsules soient à peu près sèches. Retirez-les alors par un brusque mouvement de traction et coupez la partie échancrée.

Ainsi préparées, les capsules sont remplies avec une burette effilée, et bouchées ensuite au moyen d'un pinceau de blaireau enduit

de solution gélatineuse chaude. Enfin, pour dissimuler plus complétement l'ouverture des capsules, on les trempe de nouveau, par cette extrémité, dans la solution gélatineuse et on les fait sécher à l'air ou dans une étuve.

Cette dernière manière d'administrer le cubèbe, qui constitue un médicament actif, titré et sans odeur, est donc une préparation de cubèbe bien préférable aux préparations ordinaires. C'est pourquoi j'ai cru utile de la faire connaître au public médical, en mettant chacun à même de la reproduire, comme toute préparation magistrale, c'est-à-dire exécutable en tous pays et par tous les pharmaciens.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur le forceps asymétrique.

Monsieur et honoré confrère,

Je viens répondre à l'appel que notre excellent confrère, M. Hamon, de Fresnay (Sarthe), nous adresse dans le numéro 29 de l'*Abeille médicale*, où il nous demande « d'apporter le contingent que doit au progrès tout homme vraiment convaincu. » Il y a déjà quelque temps que je désire entretenir les lecteurs de votre journal du forceps asymétrique de M. Hamon. Je n'ai été retenu que par l'attente qu'une plume plus autorisée que la mienne veuille en donner une relation, qui ne saurait plus être retardée dans une publication qui se vante à juste titre d'être promotrice de toute idée utile.

Tout le monde connaît le forceps classique. Il n'en est malheureusement pas ainsi de l'instrument si bien modifié par notre savant confrère de la Sarthe. Malheureusement, le docteur Hamon n'a écrit sur cet instrument que quelques articles épars dans divers journaux. Il serait à désirer qu'il publiât un ouvrage, qui, j'en suis sûr, lui attirerait plus d'admirateurs que ce que j'en puis dire.

M. Hamon part de ce principe, « qu'un vice radical, que personne ne contestera au forceps croisé, c'est son mode d'articulation, qui ne peut s'effectuer qu'à la condition que ses cuillers affectent une disposition symétrique. » Eh bien, le nouveau forceps se recommande par des conditions qui lui sont toutes spéciales, en raison desquelles sa manœuvre devient, comparativement, d'une merveilleuse facilité.

1° Il n'a qu'un manche unique, sur lequel s'articulent les deux leviers, à chacun desquels un mode particulier de mouvement a été dévolu.

2° Son caractère propre tient à ce que *son action a pour siége d'élection la partie postérieure de la tête*. C'est parce que les deux cuillers, qui, du reste, sont moins longues et plus cintrées sur le plat (ce qui les rend susceptibles de mieux embrasser l'organe sphéroïde sur lequel doit porter leur action), les deux cuillers, dis-je, vont tout naturellement prendre place en arrière de la tête, dans l'aire postérieure du bassin, et par là aplanissent les plus grandes difficultés de la manœuvre du forceps classique. Ce dernier instrument est trop souvent une arme impuissante et d'un emploi impossible, par cette raison que ses cuillers doivent affecter une disposition symétrique. Grâce au mécanisme suivant lequel il est établi, celui de M. Hamon est toujours sûr de trouver un point d'appui, quelle que soit la position respective des deux leviers.

C'est pour donner à son instrument un nom plus court, qui rappelle en même temps la base de son action, que l'auteur l'a dénommé *retroceps* (*retro* et *capio*).

3° Cette position des fenêtres en arrière de la tête entraîne pour les deux branches un double mouvement spécial. Dans la position qu'elles vont prendre naturellement en arrière de la tête, elles sont rarement parallèles. Pour faciliter un tel placement, la branche gauche a été rendue basculante, par le fait d'une simple vis de pression qui en règle l'écartement en dedans ou en dehors, à volonté.

Le voisinage des deux cuillers une fois en place a souvent pour effet de faire en sorte que la goupille de la branche droite, au lieu d'être parallèle au grand axe du manche (ainsi que cela aurait lieu, si les deux cuillers affectaient une disposition symétrique), lui devient perpendiculaire. La conséquence de ce placement particulier et presque invariable des deux cuillers, c'est que *leur action se répartit suivant un quart de cercle seulement sous la tête fœtale*. Aussi, après l'extraction de cet organe, est-il de règle de constater que l'un des becs a porté sur la région pariétale, l'autre répondant soit au front, soit à l'occiput.

4° Dans des conditions aussi défavorables aux tractions, il fallait trouver le moyen de modérer la tendance à la rotation en dehors de la branche droite, ou pivotante. A cet effet, le manche, ou support commun, a été pourvu de quatre têtes d'arrêt, contre lesquelles vient s'arc-bouter la goupille terminale de cette même branche pivotante.

Les tractions ne doivent point s'opérer de même qu'avec l'ancien instrument. Entre le *modus faciendi* de M. Hamon et celui de l'ancienne école, il y a la différence qui existe entre tirer modérément et arracher. En effet, grâce à ces dispositions favorables, quelle que soit la position des deux branches, une fois articulées, elles sont arrêtées d'une façon invariable. Il en résulte que, de ce moment, *la manœuvre des tractions ne demande plus que le concours d'une seule main.* C'est du moins ce que j'ai toujours éprouvé, depuis que je me sers de cet admirable instrument, et, dans le dernier cas surtout, la tête était pourtant assez volumineuse. *C'est le seul instrument qui réalise, à ma connaissance, une aussi précieuse condition, quelle que soit la position respective des deux cuillers.*

Qu'il me soit permis de transcrire les paroles de M. Hamon lui-même : « Ce que je fais pour procéder à une application de forceps, le voici : Soit une présentation du sommet. A quel point de l'aire du bassin correspond l'occiput ? Je ne m'en préoccupe guère, d'ordinaire, que pour le moment du dégagement. J'ai confiance dans l'intelligence de mon instrument pour rectifier la position de l'organe, sous l'influence de tractions bien ménagées.

« Je saisis donc une de mes branches, la première venue, quand le col est bien ouvert, et je l'introduis dans les organes maternels. Vient ensuite le tour de la seconde, dont l'application est non moins facile et rapide, par cette raison fort simple, que je laisse les cuillers aller prendre telle place qui leur convient dans l'aire postérieure du bassin, presque invariablement en arrière de la tête, etc. »

Il est un autre avantage qu'il est permis à un homme du mérite de M. Hamon de négliger, tandis que nous autres nous pouvons fort bien le mettre en ligne de compte. Je veux parler de l'effroi, de la stupeur, qui se répandent sur la figure de toute la *chambrée*, à la vue du médecin muni de son *sac*. Eh bien, le nouvel instrument peut très-bien se dissimuler dans les poches du pantalon ; car, mon forceps, une fois fléchi, n'est que d'environ 25 centimètres. Ainsi, dernièrement, lorsque j'ai réclamé de la lumière pour fixer la vis, que j'avais omis fortuitement de placer à l'avance, la patiente me demanda *si je comptais employer un instrument.*

En raison de cet ingénieux mécanisme, on comprend que bien des accouchements, inexécutables pour tout médecin non spécialiste, deviennent d'une facilité à peine croyable pour quiconque dispose d'un instrument établi sur ces principes nouveaux.

Est-il, par exemple, rien de difficile comme une application de forceps symétrique, pour une présentation de la face ? Tout récem-

ment encore, il était fait mention dans un journal d'un cas de cette nature, où plusieurs médecins n'ont pu parvenir à faire l'extraction de l'enfant, et ont eu à déplorer une double perte. Or, que de faits analogues l'art des accouchements n'a-t-il point chaque année à enregistrer ? Avec le rétroceps, ces opérations deviennent très-faciles, par suite du mode d'action de l'instrument, toujours sûr de trouver en arrière de l'organe une prise suffisante pour opérer soit son redressement, soit la réduction mento-pubienne, dernière manœuvre qui, pour être heureusement terminée, *peut être effectuée par le concours d'une seule main*... M. Hamon s'est vu trois fois en face de cette difficulté : trois fois il lui a suffi de quelques minutes pour extraire l'enfant sans la moindre difficulté [1].

Il n'y a pas de doute pour moi ; de pareils résultats ne sont point en rapport avec une adresse manuelle tout individuelle et propre à l'auteur. Nous lisons, en effet, dans l'*Abeille médicale* [2] une observation analogue de M. le docteur Desnos, qui a également, en quelques instants, pu opérer l'extraction d'un enfant se présentant par la face. Sans le précieux concours du rétroceps, sa vieille expérience d'accoucheur (affirme cet honorable confrère) lui permettait de considérer comme voué à une mort assurée le produit de la conception.

Le succès de ce nouvel instrument me semble donc provenir du mode d'action qui lui est propre, et qui lui est assuré par un mécanisme tout particulier.

Je désire, par ces quelques mots, appeler l'attention de vos lecteurs sur un instrument qui, incontestablement, marque un progrès réel. Que tous l'achètent, et certainement ils se joindront à moi pour remercier l'honorable et savant confrère du bien qu'il a fait à l'humanité.

D^r Ed. LAMBERT.
Gœtzenbruck (Moselle).

---

(1) *Courrier médical*, 1865, n° 21.
(2) N° 28, 1866.

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Science et nature, essais de philosophie et de science naturelle*, par M. le docteur Louis Buchner, traduit de l'allemand, avec autorisation de l'auteur, par Augustin Delondre.

2° *Mouvement circulaire de la vie dans les trois règnes; tableaux comprenant un aperçu des fonctions nutritives dans les êtres organisés*, par M. F.-A. Longet, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Si nous avons cru devoir réunir dans l'analyse sommaire qui va suivre les deux ouvrages dont on vient de lire les titres, ce n'est pas qu'ils aient entre eux la moindre analogie, c'est qu'au contraire ils partent de principes, et aboutissent plus ou moins explicitement à des conséquences essentiellement contraires, et que l'un peut, dans les esprits bien faits, corriger les énormités de l'autre.

Le nouveau livre de M. Büchner ne se circonscrit pas, comme celui qu'il a publié antérieurement sous le titre de *Force et Matière*, dans un cercle nettement arrêté; attentif à toutes les solutions hardies, souvent téméraires, qui ont été données depuis quelque temps aux principales questions de la philosophie naturelle, auxquelles il ramène d'ailleurs toutes celles qui jusque-là ont été considérées comme appartenant au domaine de la métaphysique, dont il fait le domaine du rêve, il s'est plu à les mettre en lumière dans l'ouvrage dont nous allons parler succinctement, ou à les combattre, sinon toujours avec succès, du moins avec une ferveur de conviction que nous appellerions volontiers le bigotisme du matérialisme. Ce serait, en effet, une grande erreur de croire que derrière toutes ces affirmations effrontées, où Dieu, l'âme humaine, la distinction du bien et du mal disparaissent, il y ait une démonstration qui s'impose à la raison et la force à se rendre; il s'en faut beaucoup qu'il en soit ainsi. Assurément la science a marché, assurément la science marche tous les jours; l'analyse a reculé les limites des sens; des rapports qu'on avait niés *à priori* ou qu'on avait affirmés sans raison ont été saisis, ou démontrés illusoires; mais pour être reculées, ces limites n'ont point disparu, et elles laissent en dehors d'elles des questions à propos desquelles l'expérience, ou l'observation, comme on l'entend, sont contraintes de lâcher prise. On ne s'arrête point cependant, et au mysticisme des grandes et consolantes pensées on substitue le mysticisme de la sombre conception du néant, les cauchemars de l'athéisme. Je ne

sais de quel point de l'horizon de la science partira la lumière qui doit débrouiller le chaos où l'esprit humain semble, à l'heure qu'il est, se débattre dans une critique impuissante ; mais en attendant que la lumière se fasse, en attendant que le sphinx ait distinctement parlé, il ne me semble pas, comme plusieurs inclinent à le croire, que le scepticisme soit le refuge où il soit permis de vivre avec le moins d'insécurité, dans le calme relatif de la paix la moins équivoque.

Il serait tout à fait ici hors de propos de marquer les lacunes qui se rencontrent à chaque pas dans les prétendues démonstrations du matérialisme absolu, et que, quoi qu'on en dise, la métaphysique, ou, si ce mot vous offusque, la logique, qui va au delà de la matière chercher la raison des choses, comble au moins en partie ; nous nous contenterons à cet égard d'une simple remarque. Quand on étudie l'homme et l'universalité des êtres vivants au point de vue des manifestations instinctives, ce qui frappe le plus, c'est l'infaillibilité de ces mouvements spontanés. Mais si ces manifestations sont infaillibles dans l'ordre des fonctions purement matérielles, pourquoi les tendances qui y correspondent dans l'ordre moral, et qui révèlent un ordre surnaturel, et qui s'affirment aussi nettement que celles-ci, ne seraient-elles que de vains fantômes de l'imagination ? « En toutes choses, dit quelque part M. le docteur Büchner, il peut y avoir quelque chose d'inaccessible à la connaissance de nos sens ; mais nous n'en savons rien, et nous n'en pouvons rien savoir. Cela reste donc et doit rester pour nous hors de compte. Le matérialisme ne peut pas construire *la chose en soi*. On doit par suite, en outre, s'abstenir de condamner une théorie qui, à la place d'une poutre pourrie, met un pilier ferme comme un roc ; on ne doit pas lui reprocher de saper l'ordre de la société, tandis qu'elle contribue à l'établir sur des bases plus solides ; on ne doit pas accuser, en outre, cette théorie de pousser aux jouissances sensuelles, tandis qu'elle en dissuade de la manière la plus énergique. » Je laisse à d'autres le soin de discuter ces dernières questions ; ce que je veux retenir seulement de cette citation, c'est qu'on y confesse *qu'il peut bien y avoir en toutes choses quelque chose d'inaccessible à la connaissance de nos sens :* oui, ce quelque chose peut être, et la métaphysique prétend démontrer qu'il est, et les instincts dont nous parlions tout à l'heure, avec l'infaillibilité propre à ces sortes de manifestations de la vie, l'affirment d'une voix non douteuse. Cette voix, tout le monde l'entend à une heure quelconque de sa vie, sous la forme du remords ou d'une immortelle

espérance. C'est là de la pure observation, et nous voudrions qu'on en tînt compte, au lieu de se perdre dans l'incommensurable du temps et de l'espace, d'où tout est sorti, parce que *tout est possible.* Qu'on ne s'y trompe pas, la métaphysique n'a pas le monopole de l'obscurité : que d'ombres au milieu des lumières, que de mots à la place d'idées, de fantômes à côté des faits, dans le caléidoscope du matérialisme moderne. Toute vie, quels que soient les appareils compliqués sous lesquels elle se manifeste aujourd'hui, dérive d'une cellule : mais cette cellule, si elle n'a pas toujours existé, pourquoi apparut-elle un jour ? un jour, dans le temps éternel ?

Nous avons dit que M. Büchner, dans ce nouveau travail, passe en revue la plupart des travaux contemporains qui ont pour but de résoudre les questions qui se posent à propos de ce que nous appellerons la philosophie de la nature ; mais tous ces travaux sont analysés, jugés par l'auteur au point de vue exclusif du matérialisme le plus décidé. Si l'on s'arrête où l'auteur s'arrête dans cette voie scabreuse, on courra le risque de sombrer dans l'abîme où l'auteur se perd lui-même. Pour éviter cet écueil, nous engageons ceux qui ne craindront pas d'affronter cette lecture à se bien persuader à l'avance que beaucoup des données, sur lesquelles on se fonde pour arriver à renverser les conclusions de la métaphysique, ne sont souvent, en présence de faits indéchiffrables, que de pures conceptions de l'esprit dont la vérité n'est démontrée nulle part. Toute vie part d'une cellule, a-t-on dit : Volger évalue par le calcul à 648 millions d'années le temps dont le système des couches de la terre a eu besoin pour se développer successivement, etc., etc. Mais qui peut voir là autre chose que de pures assertions ? On pourrait citer, le livre de M. Büchner en main, une foule d'exemples de ce genre, et l'on se rappelle involontairement, en face de ces assertions tranchantes qui ne reposent sur rien, rien que l'apparence de la profondeur, ce mot d'un avocat, homme d'esprit qui, pour répondre à un adversaire dont la faconde se perdait en argumentations sans rapport avec la cause, et en citations où figuraient la guerre de Troie et le Scamandre, se contenta de dire : « La Cour observera que ma partie ne s'appelle pas le Scamandre, mais Michaut. »

Nous n'avons voulu qu'indiquer ce livre et en marquer l'esprit : ce qui précède suffit à notre dessein.

Nous avons cru devoir opposer, comme une heureuse antinomie, le travail de M. Longet sur *le Mouvement circulaire de la matière dans les trois règnes*, aux *Essais de philosophie et de science naturelle* de M. le docteur Louis Büchner ; c'est qu'en effet, sans en

formuler expressément la conclusion, le membre illustre de l'Institut de France aboutit logiquement, dans son travail, à une *ananche*, pour employer une expression à la mode aujourd'hui, fort différente de celle du matérialisme. Il faut suivre, dans les deux tableaux qui composent l'ouvrage de M. Longet, l'admirable enchaînement qui lie entre eux les phénomènes de la vie, et qui, dans les plantes, les herbivores et les carnassiers, lie celle-ci, par une suite de métamorphoses et d'appropriations successives, au monde inorganique lui-même; il faut, disons-nous, suivre cet admirable enchaînement dans ces tableaux et le schéma, ou figure théorique qui les complète, pour comprendre qu'une cause intelligente a nécessairement présidé à ces merveilleuses coordinations. Nous ne savons rien de plus propre à affermir l'esprit dans la saine croyance à laquelle, instinctivement, nous inclinons tous, que la méditation nullement mystique de cette succession de faits aussi clairs que le soleil, et qu'aucune combinaison de hasards, si large crédit qu'on fasse au temps, ne saurait expliquer. Physiologiste aussi judicieux que profond, le professeur de la Faculté de médecine de Paris sait de combien d'ombres est encore enveloppé le mystère de la vie; mais derrière ce mystère il entrevoit une lumière qui l'explique, et il la montre discrètement à ses lecteurs. Voici, du reste, la conclusion générale de ce magnifique et substantiel travail : mieux que tout ce que nous pourrions dire, elle va vous traduire la pensée de l'auteur; qu'on nous permette, avant de finir, de la citer textuellement :

« Les plantes, dit M. Longet, font de la matière organique, en fixant et en combinant de diverses manières certains éléments minéraux : au point de vue de l'alimentation, elles représentent les intermédiaires obligés, nécessaires entre le règne minéral et les animaux. Il fallait, par conséquent, d'abord un sol où les plantes pussent germer ; il fallait des plantes pour nourrir les herbivores ; il fallait des herbivores pour nourrir les carnassiers et l'homme ; il fallait enfin que, non-seulement par leur respiration et par leurs excrétions diverses pendant la vie, mais encore par leur putréfaction ou leur décomposition après la mort, les animaux et les plantes rendissent au règne minéral, incessamment et sous d'autres formes se rapprochant le plus possible de la forme élémentaire, les matériaux qu'ils en avaient reçus, matériaux propres à devenir les éléments de plantes nouvelles destinées elles-mêmes à nourrir de nouveaux animaux. Ainsi tout se lie, tout s'enchaîne, et la mort elle-même sert à renouveler la vie suivant des lois éternelles. En d'autres ter-

mes, sans le règne végétal, pas de règne animal possible, puisque les herbivores périraient faute de plantes, et que les carnassiers, à leur tour, périraient faute d'herbivores. Aussi, dans l'ordre de la création, les végétaux paraissent-ils avoir précédé les animaux : les recherches paléontologiques faites au commencement de ce siècle ont appris, en effet, qu'en se rapprochant des couches les plus anciennes de la terre, on trouve d'abord des végétaux fossiles, et postérieurement, dans les terrains de formation plus récente, des animaux fossiles. »

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la transmission du choléra [1]. — Dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Henri Roger, médecin de l'hôpital des Enfants, a communiqué à ses collègues l'observation suivante, qui nous paraît d'un grand intérêt :

Le 4 août, on apporte à l'hôpital des Enfants un petit garçon de sept ans et demi qui a perdu une sœur du choléra il y a quinze jours et dont la mère est entrée à Necker trois jours auparavant pour un choléra auquel elle succomba plus tard. Cet enfant, convalescent d'une rougeole, a été pris la veille de diarrhée simple et de deux vomissements. Comme, au moment de son entrée, il ne présente aucun symptôme cholérique, il est admis dans la salle commune des maladies aiguës. Le lendemain, les vomissements recommencent ; le soir, la diarrhée devient séreuse et blanchâtre, et, le 16 au matin, l'enfant est envoyé à la salle des cholériques, où il succomba quatre jours après.

A côté de ce premier malade (alors qu'il était à la salle Saint-Louis le 14 et le 15 août) couchait un petit convalescent ou plutôt un enfant guéri, G*** (François), âgé de sept ans, entré à l'hôpital le 1er août, pour une très-légère diarrhée, et qui n'avait qu'un peu d'adénite sous-maxillaire avec quelques pustules d'impétigo du cuir chevelu ; sa sortie avait été signée dès le 9 août.

Le 15, après une nuit parfaitement calme, sans excès de nourri-

(1) C'est avec intention que nous nous servons de ce mot pour éviter celui de *contagion*, qui n'a pas peu contribué à obscurcir l'étiologie de cette maladie. Le choléra n'est pas contagieux à la façon des maladies virulentes, il ne se communique pas comme les fièvres éruptives, mais il a un mode de propagation qu'il serait fort utile de bien connaître.

ture, sans que rien de particulier se fût passé la veille, il se lève à cinq heures et demie du matin pour aller aux latrines, et il en revient en vomissant plusieurs fois dans la salle. Ces vomissements continuent, et trois selles aqueuses, *blanchâtres*, floconneuses, surviennent jusqu'à huit heures du matin; au moment de la visite, la face de l'enfant est pâle, les yeux sont excavés, le front et les tempes couverts de sueurs froides, les extrémités réfrigérées; le pouls très-petit, sans accélération. La voix est faible, l'intelligence intacte; pas de crampes; à chaque instant se produisent des efforts de vomissements accompagnés quelquefois du rejet de quelques matières bilieuses. Le malade est envoyé à la salle des cholériques; les accidents augmentent rapidement et la mort survient à trois heures de l'après-midi, c'est-à-dire que le choléra prend ce pauvre petit enfant (voisin de droite du premier cholérique) soudainement, sans avertissement aucun, et, foudroyant, le tue en moins de dix heures.

Le voisin de gauche du premier cholérique était un garçon de treize ans, amaigri et affaibli par une fièvre typhoïde qui durait depuis deux ou trois semaines. Depuis son entrée à l'hôpital, le 6 août, les accidents typhiques, très-graves au début, s'étaient légèrement amendés, la diarrhée persistant toutefois, ainsi que du subdélirium le soir; la langue était moins sèche et la fièvre moins intense. En somme, il se trouvait, le 14 août, dans les conditions habituelles d'un typhique à la troisième période (dont la guérison est probable), très-débilité et présentant encore quelques troubles intestinaux.

Le 15 août, vers trois heures de l'après-midi, et conséquemment après vingt-quatre heures d'un mauvais voisinage, il est pris de vomissements verdâtres et de diarrhée blanche, riziforme; les extrémités se refroidissent, la face déjà très-amaigrie s'étire, les yeux s'excavent, et, à six heures du soir, il se trouve dans un état complet de prostration, avec la face livide, les extrémités glacées, le pouls petit et fréquent; des vomissements surviennent dès qu'on essaye de lui faire avaler quelques cuillerées de liquide; d'ailleurs, il n'a point de crampes. Ces accidents continuent jusqu'au moment de la mort, qui survient dans la nuit après un choléra de douze heures de durée.

Enfin, en face de ces trois cholériques, au n° 20 de cette même salle Saint-Louis, était couché un garçon de dix ans, D*** (Alphonse), entré le 11 août pour des accidents gastro-entériques fébriles (diarrhée, vomissements, pouls à 124); la langue était très-saburrale, et la douleur de ventre très-vive. On prescrivit un bain

tiède, un vomitif avec l'ipécacuanha, puis les narcotiques à l'extérieur et à l'intérieur.

L'amendement fut vite obtenu, et, le 15 au matin, les accidents avaient presque entièrement cessé. La journée se passa encore bien ; mais, vers cinq heures, l'enfant eut une selle diarrhéique, et, de minuit à huit heures du matin, on compta six garde-robes blanchâtres, avec vomissements répétés : la réfrigération, l'altération de la face, la prostration augmentant, le petit malade fut transporté à la salle des cholériques.

Il eut un choléra très-grave, suivi, après quelques jours seulement, d'une réaction qui fut également dangereuse. La convalescence se compliqua de troubles digestifs; mais finalement, la guérison eut lieu, et, le 10 de ce mois, le petit malade partit convalescent pour la campagne.

M. Roger ajoute les réflexions suivantes :

« Dans la salle Saint-Louis, la plus éloignée de la salle affectée aux cholériques, du reste peu nombreux, et où je n'avais pas observé depuis le commencement de l'épidémie un seul enfant cholérique, où les diarrhées n'étaient pas plus fréquentes qu'elles ne le sont habituellement, un petit garçon est admis, qui semblait atteint d'une gastro-entérite simple; il y séjourne trente-six à quarante heures, le choléra se démasquant de plus en plus et se caractérisant tout à fait après vingt-quatre heures; quatre jours plus tard, l'enfant succombe à ce choléra insidieux, engendré probablement par le choléra de sa sœur et en même temps que celui de sa mère.

« Voilà donc un cas de choléra transmis évidemment dans la famille, et qui va se transmettre à l'hôpital, plus évidemment encore, de ce premier sujet contaminé à trois autres, couchés à ses côtés.

« En effet, le voisin de droite était un petit garçon âgé de sept ans comme lui, entré à Saint-Louis pour une affection très-légère et dont j'avais signé la pancarte; ce pauvre enfant, après quinze ou seize heures d'un funeste voisinage, est pris d'accidents cholériques, et il est emporté en dix heures !

« Le voisin de gauche, garçon de treize ans, encore atteint de diarrhée, suite de fièvre typhoïde, et déjà fort débilité, est pris presque simultanément ; le choléra se développe chez lui après vingt-quatre heures de contact immédiat, et le tue en douze heures : deuxième victime. Enfin, il y en a une troisième, qu'on peut dire encore de voisinage : un garçon de dix ans, couché dans la salle, en face de ces cholériques, est atteint de choléra vingt-quatre heu-

res environ après l'entrée du premier malade, et ce choléra fut très-grave; l'enfant guérit cependant.

« Il me semble, ajoute M. Roger, que le simple exposé des faits précédents parle assez haut en faveur de leur relation, de leur filiation, et conséquemment de la transmissibilité du choléra pour que je sois dispensé de longs raisonnements. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Absence congénitale du vagin (Nouveau cas d'); création d'un vagin artificiel. Au cas de M. Dolbeau, que nous avons rapporté dans notre dernier fascicule, nous ajouterons aujourd'hui le suivant, dans lequel l'opération, bien qu'elle ait été pratiquée d'une manière moins méthodique, a néanmoins été suivie de succès.

Dans l'été de 1859, M. le docteur W. H. Hingston, chirurgien à l'hôpital de Montréal, fut appelé à voir une demoiselle de cette ville, âgée de vingt-trois ans, qui n'avait pas encore été réglée. C'était une jeune fille forte, colorée, ayant la face bouffie, et présentant tout l'aspect d'une pléthore générale. Elle accusait des souffrances constantes, mais plus vives pendant quelques jours chaque mois; cet état durait depuis l'âge de quatorze ans, avec une intensité toujours croissante; ses journées se passaient dans les douleurs, et ses nuits sans repos ou dans un sommeil troublé par des rêves fébriles. Plusieurs médecins, auxquels elle s'était adressée, avaient épuisé la liste des médicaments anodins et calmants, sans lui procurer aucun soulagement; nul d'entre eux ne paraissait avoir soupçonné la véritable cause du mal. Un examen direct, difficilement obtenu de la malade, fit reconnaître cette cause sans aucune difficulté : le méat urinaire existait dans sa situation naturelle, et au-dessous se trouvait une légère dépression indiquant la place du vagin; mais il n'y avait ni clitoris, ni petites lèvres, ni vestibule; le toucher rectal établissait l'existence d'un utérus, mais la combinaison de ce procédé d'exploration avec le cathétérisme permettait de reconnaître l'absence complète du vagin. M. Hingston proposa de remédier à ce vice de conformation au moyen d'une opération, qui fut pratiquée le 23 juin.

Espérant que la division de la peau, qui paraissait mince, pourrait conduire sur un canal vaginal suffisant à l'excrétion des menstrues (espoir que pourtant ne semblait guère autoriser le résultat de l'exploration), le chirurgien fit une incision verticale étendue de trois lignes au-dessous du méat urinaire à la même distance du rectum; mais il ne trouva de chaque côté de la ligne incisée que du tissu aréolaire condensé, sans aucun vestige de vagin. Persuadé alors qu'il était nécessaire d'en ouvrir un à travers les parties molles, il remit la suite de l'opération à une séance ultérieure.

Le 27, la malade ayant été chloroformée, nouvelle incision plus profonde sur la ligne médiane, puis introduction d'un spéculum trivalve et, au moyen de cet instrument, de bandelettes étroites d'éponge fortement comprimée. Il y eut pendant la durée et à la suite de cette opération une hémorrhagie très-abondante, accompagnée de syncopes, qui donna de l'inquiétude, mais qui fut enrayée par des injections astringentes. Les jours suivants, de deux jours l'un, de l'éponge fut introduite de nouveau; mais l'utérus n'était pas encore à découvert, seulement on le sentait séparé du doigt par une mince couche de tissu. Une nouvelle incision fut pratiquée sur la ligne médiane, de haut en bas, au fond de la cavité déjà creusée par les manœuvres précédentes, et cette incision donna accès sur le col utérin, saillant, assez volumineux, avec des lèvres assez épaisses. Il ne s'écoula alors aucun liquide autre que le sang provenant de la plaie. De nouveaux morceaux

d'éponge furent introduits tous les deux jours pendant plusieurs semaines, et enfin le chirurgien chercha à obtenir une dilatation plus considérable à l'aide d'un spéculum, qui fut introduit à la manière ordinaire, puis ouvert avec assujettissement des manches l'un à l'autre. Quinze jours après la dernière opération, il y eut une légère excrétion sanguine, qui devint plus abondante aux époques menstruelles suivantes. Aucun accident ne vint entraver la guérison, et tous les symptômes fâcheux disparurent, en même temps que l'aspect bouffi et comme apoplectique de la face fit place à un aspect très-satisfaisant. Les mêmes moyens furent continués plusieurs mois, et le vagin artificiel finit par arriver à une dimension ordinaire. Depuis, cette jeune personne s'est mariée, mais elle n'est pas devenue grosse. Circonstance assez intéressante, les désirs sexuels, qui n'avaient jamais existé antérieurement à l'opération, ont commencé à se manifester depuis que la menstruation a pu s'établir d'une manière régulière. (*Canada Med. Journ.* et *Med. Press and Circular*, 28 mars 1866.)

Du traitement des brûlures. Dans les brûlures étendues, M. Wysler recommande le bain huileux, le plus tôt possible, après l'accident. Le malade doit rester de huit à seize heures dans le bain. C'est l'huile d'olive qu'il faut employer, d'abord froide, ensuite chaude; la température ne doit pas dépasser 10 à 18 degrés R., jusqu'à ce que le malade ne perçoive plus de sensation de froid.

Le premier effet du bain au bout de quelques minutes est le soulagement apporté aux vives douleurs, à l'agitation des malades. On a vu des enfants s'endormir au bout d'une heure; le pouls était plus tranquille, la respiration plus lente, la coloration du visage normale. Au bout de neuf à douze heures, les places des brûlures sont pâles, comme macérées et gonflées, presque indolores (brûlures du second degré). Un pansement simple avec du cérat suffit. Il n'y a pas de suppuration, la guérison a lieu très-rapidement.

Les parties blessées ne sont pas dans ce cas exposées aux pressions des pièces du pansement. On ne sait pas si l'action est chimique ou mécanique. Dans les brûlures plus profondes, peut-on continuer les bains d'huile sans désavantage? c'est ce que l'expérience seule peut décider. On peut très-bien appliquer l'huile en bains locaux, et il est possible que des bains d'huile permanents dans les plaies, surtout dans celles des extrémités inférieures, puissent être très-avantageux. (*Archiv für klin. Chir.* et *Gaz. médic. de Strasbourg.*)

De l'action du citrate de caféine. A la clinique du professeur Botkin, de Saint-Pétersbourg, se présenta un homme atteint de néphrite parenchymateuse avec hypertrophie du cœur. L'urine était sécrétée en petite quantité (75 centilitres par vingt-quatre heures), les contractions du cœur étaient faibles. On essaya le citrate de caféine. On en donna toutes les deux heures un quart de grain ou 15 centigrammes dans la journée. L'usage en fut continué pendant seize jours. Le malade rendit le premier jour le double d'urine; cette quantité fut portée au quadruple le lendemain et se maintint ainsi pendant quelque temps au même degré. Le besoin d'uriner se fit sentir plus souvent et dura pendant tout le temps de l'administration du citrate. L'excrétion était accompagnée d'un sentiment de brûlure dans le canal. De plus, le malade, qui était constipé, eut des selles molles, puis des selles liquides, quatre ou cinq dans la journée. L'état général s'améliora, l'œdème diminua. La quantité d'urine devint de moins en moins abondante, malgré l'augmentation de la dose, et baissa même au-dessous du point indiqué au début. Enfin le malade vit empirer son état.

Pendant tout le temps que dura l'administration du citrate, le pouls battit plus lentement, les contractions cardiaques furent plus fortes.

La caféine présente ainsi de l'analogie avec la digitale, dont l'action diurétique dépend de l'augmentation des contractions du cœur.

L'observation précédente fait porter les conclusions suivantes:

1° Le citrate de caféine est dans le cas actuel un laxatif et un diurétique.

2° Son action diurétique dépend de l'augmentation de la pression artérielle.

3° Sous l'influence de la caféine, les contractions cardiaques sont plus rares.

4° Elle augmente rapidement la quantité de l'urine.

5° Le malade s'y habitue bientôt.

6° La caféine augmente le besoin d'uriner.

7° Les malades éprouvent de l'ar-

deur en urinant. (*Wirchow's Archiv* et *Gazette médic. de Strasbourg*.)

Emploi médical des feuilles de charme. Cazin, qui, dans son *Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes*, a si minutieusement décrit les richesses végétales de notre sol et montré les ressources qu'elles offrent à la thérapeutique, a passé sous silence le genre *Carpinus* de la robuste famille des amentacées. Tandis que dans la classe importante des astringents figurent à juste titre les genres *Quercus*, *Salix*, etc., le genre *Carpinus* n'est indiqué dans aucune matière médicale. Les feuilles de cet arbrisseau, si communément répandu dans nos bois, et qui, sous forme de berceaux, fait l'ornement de nos jardins, contiennent cependant jusqu'à 9 pour 100 de tannin. Leur décoction produit sur les muqueuses de la bouche une astriction marquée; il en est de même lorsqu'on vient à en mâcher les feuilles vertes.

Aussi M. Blascher émet-il l'opinion, dans le *Répertoire de pharmacie*, que les feuilles du charme (*Carpinus betulus*) pourraient être employées en médecine, lorsque l'application d'un agent astringent est nécessaire, en tenant compte toutefois de la proportion de tannin qu'elles contiennent, car il serait impossible sans doute de compter sur une énergie égale à celle du ratanhia. Elles peuvent facilement revêtir toutes les formes pharmaceutiques. M. Blascher en a fait un mellite en suivant la proportion de roses de Provins employées pour cette préparation, un sirop, une teinture, un extrait aqueux et hydro-alcoolique [1], et ces diverses préparations lui ont paru pouvoir donner de bons résultats. Des expériences faites par un praticien distingué de sa localité, M. le docteur Poisson, ont confirmé ce qu'il avance. Un mode d'emploi fort commode est la décoction en lotions et gargarismes.

Il est à remarquer que l'infusion qui serait sans doute préférable pour le traitement de ces feuilles, en donnant une proportion d'amidon moins considérable que la décoction, ne peut être employée au risque de priver le médicament d'une partie de son activité, car l'auteur de cette note a observé qu'une dixième infusion faite sur les mêmes feuilles était encore assez sensible aux réactifs. La décoction est nécessaire pour pénétrer le tissu mince mais nerveux des feuilles. Outre les applications médicales dont elles sont susceptibles, elles pourraient également être employées dans l'industrie pour la teinture en noir.

Un grand nombre de végétaux beaucoup moins actifs que celui-ci étant classés parmi les astringents et employés comme tels, il est utile de tirer de l'oubli cet agent de notre matière médicale indigène. (*Journal de médecine pratique.*)

[1] Cette dernière préparation est plus active que la précédente, en raison de la plus grande solubilité du tannin dans l'alcool que dans l'eau.

Perchlorure de fer contre la diarrhée. M. Delezenne, interne de M. Boys de Loury, à Saint-Lazare, a essayé le perchlorure de fer liquide contre les diarrhées cholériformes, les cholérines et même contre le choléra confirmé, et dans dix-neuf cas il a obtenu un résultat satisfaisant. Ce médicament est administré à la dose de 30 gouttes dans une potion dont voici la formule :

Perchlorure de fer liquide.	30 gout
Eau distillée.	150 gr.
Sirop simple.	45 —

Lorsque la première potion n'amène pas un résultat assez rapide, elle est renouvelée dans la même journée, à la même dose. Ce médicament n'a présenté aucun inconvénient.

On peut, d'après M. Delezenne, compter sur ce médicament comme antidiarrhéique dans le choléra; c'est, de plus, un excellent désinfectant.

Les recherches sont poursuivies et les observations seront publiées. (*Gaz. des Hôp.*)

Guérison d'un cas de tétanos rhumatismal. Le docteur Demme (de Berne) rapporte qu'une jeune fille de cinq ans, qui avait pris froid en dormant dans une écurie humide, fut amenée à l'hôpital trois jours après que la maladie se fut déclarée. Le début en avait ressemblé à celui d'un rhumatisme aigu, par un malaise général fébrile, suivi de douleurs assez violentes à la nuque et au dos.

Les secousses tétaniques, qui se développaient à la moindre excitation, avaient essentiellement la forme d'un trismus bien caractérisé, et chaque accès durait quelques minutes. Le

traitement consista dans le repos absolu et dans l'application de lavements composés d'une émulsion de camphre avec addition d'extrait de belladone. De la sorte, la petite malade prenait chaque jour environ 65 centigrammes de camphre et de 9 à 12 centigrammes d'extrait de belladone.

Vers le soir du troisième jour se montrèrent de légers symptômes d'intoxication par la belladone. Tandis que les accès cessaient de se montrer, les légères récidives qui eurent lieu cessèrent chaque fois que l'on répéta l'emploi de la belladone. La petite malade quitta l'établissement guérie, eut encore quelques mois de santé à la maison, mais mourut ensuite d'une méningite tuberculeuse aiguë. (*Revue méd.-chir.*)

Eau-de-vie amère contre les plaies et les contusions. Parmi les nombreux renseignements que renferme sur la matière médicale des Chinois un livre récemment publié par M. Debeaux, pharmacien-major de l'armée française, se trouve la formule suivante d'une teinture alcoolique très-employée comme topique dans le Céleste-Empire, contre les contusions, plaies ou ulcères, et avec laquelle certaines teintures remises en honneur chez nous depuis quelque temps offrent une grande analogie :

Suc d'aloès	12	gram.
Myrrhe	12	—
Encens mâle	12	—
Racine de curcuma	2	—

On pulvérise ces substances et on les introduit avec 750 grammes d'eau-de-vie dans un vase bouché que l'on expose au soleil pendant un mois ; on décante ensuite, et on imbibe de la liqueur des compresses ou des plumasseaux. (*France médicale.*)

Influence de la salive sur la carie dentaire. M. le docteur Magitot vient de publier d'intéressantes études expérimentales sur la salive, considérée comme agent de la carie dentaire.

Toutes les questions soulevées dans cet important travail peuvent se résumer par les propositions suivantes :

1° La carie dentaire est une altération purement chimique de l'émail et de l'ivoire des dents.

2° Elle procède constamment de l'extérieur à l'intérieur de l'organe ; il n'existe aucun exemple rigoureusement constaté de carie interne.

3° La carie dentaire est *une*. La diversité de formes et de coloration dépend de simples variations secondaires dans la nature de la cause altérante, la marche et la durée de la maladie.

4° L'agent de la carie dentaire est la salive, devenue le milieu de fermentations acides ou le véhicule de substances étrangères susceptibles d'altérer directement les tissus de l'ivoire et de l'émail.

5° La cavité buccale et la salive peuvent présenter normalement cette disposition aux fermentations, et la carie se produit alors dans l'état physiologique de santé parfaite.

6° Le plus souvent, toutefois, les dispositions fermentescibles de la bouche sont sous la dépendance de circonstances morbides locales ou générales amenant des modifications, soit dans le mode de sécrétion, soit dans la composition même des liquides salivaires.

7° Les diverses conditions de fermentation et de structure agissent puissamment comme causes prédisposantes sur le développement et la marche de la carie. Ainsi cette altération, qui épargne ordinairement les surfaces lisses et polies des dents, se montre presque exclusivement soit dans les interstices dentaires, soit dans les trous, sillons, anfractuosités que peut présenter la couronne, points où les actions chimiques se reproduisent le plus aisément.

8° Le nombre et la cavité des caries sont en raison inverse de la résistance des tissus dentaires, et en raison directe des conditions de la bouche ou de l'énergie de l'agent destructeur.

9° La carie est susceptible de se réaliser artificiellement, par imitation des conditions d'altération que peut présenter la bouche elle-même. Elle offre alors les mêmes caractères que la carie morbide, à l'exception de certains phénomènes de résistance organique.

10° Le mécanisme intime de production de la carie est une simple dissolution des sels terreux et calcaires qui entrent dans la constitution de l'émail et de l'ivoire par l'agent de nouvelle formation. (*Gazette médicale.*)

De l'hydrothérapie dans les affections utérines. Dans la récente édition de son *Traité d'hydrothérapie*, M. Fleury insiste particulièrement sur l'influence des douches froides dans les affections utérines. Voici quelles sont les propositions que cet auteur a formulées à cet égard.

Les douches froides, locales ou générales, ne guérissent point directement les ulcérations du col utérin. Elles permettent d'obtenir la résolution complète d'engorgements soit hypertrophiques, soit indurés de l'utérus, alors même que ces engorgements sont anciens, considérables, et qu'ils ont résisté aux différentes médications usuelles, et notamment à l'application du fer rouge.

En résolvant l'engorgement de l'utérus, les douches froides rendent facile la cicatrisation d'ulcérations qui, liées à cet engorgement et entretenues par lui, ont résisté à des applications réitérées de divers caustiques et même au cautère actuel; elles permettent également d'obtenir le redressement complet et définitif de la matrice, lorsque ce déplacement est causé ou maintenu par l'augmentation de volume et de poids subie par la matrice.

L'action exercée par les douches est double; elle s'adresse simultanément aux accidents locaux et mécaniques, et aux symptômes généraux et sympathiques; elle combat directement, et l'un par l'autre, les deux ordres de phénomènes, et amène ainsi une guérison solide.

En faisant disparaître l'engorgement, en ramenant l'utérus à sa direction normale, les douches froides font disparaître une cause fréquente de stérilité. Par l'action qu'elles exercent, d'une part, sur l'organe gestateur, et d'autre part sur l'organisme tout entier, elles éloignent plusieurs causes fréquentes d'avortement.

Convenablement administrées, elles sont le meilleur modificateur que l'on puisse opposer à l'hyperesthésie utéro-vulvaire. Elles sont également très-efficaces pour prévenir ou combattre la congestion utérine, cause si puissante et si commune des engorgements, des déplacements ou des ulcérations de la matrice.

Elles constituent le seul traitement curatif efficace des déplacements utérins simples, dégagés de toute complication d'engorgement et d'ulcération. Leur efficacité doit être attribuée à l'action reconstitutive générale qu'elles exercent sur les malades, et à l'action tonique locale qu'elles exercent sur les ligaments suspenseurs de l'utérus.

Les douches froides générales peuvent être administrées pendant l'époque menstruelle, non-seulement sans danger, mais encore avec avantage; elles exercent sur la circulation générale une action régulatrice qui a pour effet de ramener le flux cataménial à ses conditions physiologiques, toutes les fois qu'il est s'en écarté. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Traitement du croup par la joubarbe. M. le docteur Garin a été amené à essayer cette plante contre la laryngite pseudo-membraneuse de la façon suivante : Ayant remarqué que les paysans arrêtaient des épidémies de stomatite, d'angine et de laryngite pseudo-membraneuses survenues sur les habitants de leur basse-cour, en faisant macérer de la joubarbe dans les boissons de ces derniers, notre confrère l'expérimenta d'abord contre la stomatite pseudo-membraneuse, et remarqua que, sous son influence, les fausses membranes disparaissaient avec rapidité, revenaient si l'on cessait trop tôt la médication, et cédaient enfin complétement par un usage plus prolongé. Dès lors, M. Garin appliqua ce traitement au croup, et nul autre ne lui a fourni d'aussi nombreuses guérisons : les trois quarts des cas traités.

Voici le mode d'administration : on donne la joubarbe en macération, décoction ou toute autre préparation liquide; cette forme est préférable. Comme il n'est pas facile d'avoir chez soi la joubarbe, qui croît sur les vieux murs, il vaut mieux en faire un sirop, qu'il est très-facile de rendre inaltérable. On en prescrit toutes les heures une cuillerée à bouche, et rarement on a besoin de continuer pendant plus de deux jours. Si l'enfant a moins de deux ans, une cuillerée à café suffit.

Les occasions ne manqueront pas pour essayer ce nouveau traitement d'une maladie si redoutable; mais, sans suspecter en aucune façon la bonne foi de M. Garin, dont le travail est écrit avec une grande honnêteté, nous craignons bien que cette nouvelle médication n'ait le sort de tous les spécifiques qui ont été prônés tout récemment encore, sans aucun résultat. (*Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'emploi du forceps-scie. Le docteur Verrier établit un parallèle entre le céphalotribe et le forceps-scie, d'où il résulte que :

1° Dans les rétrécissements du bassin, compris entre 6 1/2 et 8 centimètres, le chiffre des femmes sauvées par le forceps-scie est supérieur à celui que donne le céphalotribe de 1 1/2 pour 100;

2° Dans les rétrécissements extrêmes, compris entre 4 et 6 1/2 centimètres, le chiffre des femmes épargnées par le forceps-scie est de 70.6 pour 100, alors que le céphalotribe n'en épargne que 52.7.

Il en conclut que le forceps-scie est pour la mère d'une innocuité plus complète que le céphalotribe, et qu'il devra lui être préféré dans tous les cas de vices de conformation du bassin qui entraînent la nécessité de la céphalotomie. C'est surtout dans les rétrécissements extrêmes que la comparaison des faits confirme avec l'évidence des chiffres la supériorité rationnelle du forceps-scie. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

M. Fonssagrives, ancien médecin en chef de la marine, officier de la Légion d'honneur et professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, a bien voulu se mettre à la disposition de M. le ministre de l'instruction publique pour des conférences sur l'hygiène, qui seraient faites par lui, soit dans certaines villes, soit dans les lycées et les écoles normales primaires. M. le ministre lui a répondu la lettre suivante :

« Paris, 19 septembre 1866.

« Monsieur,

« L'enseignement de l'hygiène, inauguré cet hiver dans trente-deux conférences libres, a pris officiellement place dans le plan d'études de l'enseignement secondaire spécial, et je viens de le constituer en cours régulier dans les écoles normales primaires, par arrêté du 2 juillet.

« Mais, pour que les désirs de l'administration supérieure reçoivent leur pleine exécution, il faut des professeurs et des livres.

« Vous me faites remarquer que nous n'avons pas sur cette matière un manuel élémentaire d'une doctrine sûre, d'une rédaction claire et précise. C'est là en effet, le besoin le plus urgent, et je serais heureux qu'il vous convînt, monsieur, de rédiger ce livre si nécessaire. Il le faudrait court et à bon marché, pour qu'il pût se répandre partout, et cependant il ne devrait pas ne présenter qu'une série de formules abstraites, parce qu'il serait à souhaiter que tout directeur de cours d'adultes fût tenté de le lire à ses élèves en totalité ou en partie, afin de leur apprendre à pourvoir eux-mêmes, dans mille cas, à leur sécurité, à ménager sagement leurs forces, à garder pur leur corps comme l'âme, enfin à combattre les effets produits sur la santé par ces grandes agglomérations d'hommes qui sont une conséquence de notre nouvelle organisation économique et sociale.

« Nous donnons beaucoup à l'esprit, il faut songer aussi au corps et nous préoccuper d'arrêter cette dégénérescence de la race qui se remarque en trop d'endroits. Sous l'influence d'une sage hygiène, les forces et la taille s'élèvent ; la beauté, résultat du développement et de l'harmonie des formes, apparaît; les facultés intellectuelles et morales s'accroissent, et l'amélioration de l'homme et de la race s'accomplit. Par là, l'hygiène privée importe à l'hygiène publique et

à la prospérité générale du pays ; car, par la vulgarisation des notions élémentaires de votre science, les hôpitaux seront moins encombrés et les ateliers mieux remplis ; sans compter que les peuples sains sont aussi les peuples vaillants et forts.

« Faites donc ce livre, monsieur ; il en fera naître d'autres, et tous aideront à former les professeurs qui nous manquent. Je ne saurais qu'applaudir à ce dessein.

« Des conférences dans les villes seront excellentes, et, à cet égard, je suis prêt, monsieur, à vous donner toutes les autorisations qu'il vous plaira de me demander. Je vous ferai seulement remarquer que, si quelques conférences brillantes peuvent être utiles pour attirer l'attention publique sur cet enseignement, c'est dans les écoles normales primaires qu'il faut agir pour trouver un moyen rapide et sûr de propager au sein des populations ces préceptes d'hygiène qui sont le plus clair résultat des conquêtes de la médecine.

« J'écris à MM. les recteurs de Montpellier, d'Aix et de Toulouse de vous ouvrir les portes des écoles normales de leur ressort, quand il vous conviendra de vous y rendre, et d'accueillir les propositions que vous pourriez avoir à leur faire, de concert avec les proviseurs de lycée.

« Mais il est un point où votre action et votre enseignement auraient un effet considérable et prompt : c'est l'École supérieure de Cluny. Vous auriez là un auditoire nombreux et d'élite, qui répandrait rapidement vos leçons dans tous nos départements. Cette École sera bientôt l'enfant gâté des hommes éminents qui déjà me demandent à en surveiller l'instruction, à en suivre, à en stimuler les progrès, pour faire d'elle notre grande école des sciences physiques et naturelles appliquées.

« Recevez, etc.

« *Le ministre de l'instruction publique,*

« V. DURUY. »

Congrès médical international de Paris.

STATUTS ET PROGRAMME.

Art. 1er. — Un congrès médical international sera ouvert à Paris, le 16 août 1867, sous les auspices de S. Exc. le ministre de l'instruction publique.

Art. 2. — Le congrès, exclusivement scientifique, aura une durée de deux semaines.

Art. 3. — Le congrès se composera de membres fondateurs nationaux et de membres adhérents étrangers.

Seront membres fondateurs les médecins français qui en feront la demande au comité d'organisation ; le prix de la souscription a été fixé à 20 francs [1].

Seront membres adhérents les médecins étrangers qui enverront leur adhésion à M. le secrétaire général (M. le docteur Jaccoud, 4, rue Drouot, à Paris). Ils seront exonérés de toute contribution pécuniaire.

Art. 4. — Les membres du congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Art. 5. — Les travaux du congrès se composeront :

a). De communications sur les questions proposées par le comité ;

b). De communications sur des sujets étrangers au programme.

---

[1] Les souscriptions sont reçues par M. le docteur Vidal, secrétaire trésorier, rue Neuve-des-Mathurins, 112.

Art. 6. — Le comité a arrêté le programme suivant :

I. — Anatomie et physiologie pathologiques du tubercule. — De la tuberculisation dans les différents pays et de son influence sur la mortalité générale.

II. — Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales.

III. — Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes ?

IV. — De l'influence de l'alimentation usitée dans les différents pays sur la production de certaines maladies.

V. — De l'influence des climats, des races et des différentes conditions de la vie sur la menstruation dans les diverses contrées.

VI. — De l'acclimatation des races d'Europe dans les pays chauds.

VII. — Des entozoaires et des entophytes qui peuvent se développer chez l'homme (1).

Art. 7. — Les membres fondateurs ou adhérents qui désireront faire une communication sur une des questions du programme ou sur un autre sujet, sont priés d'adresser leur travail à M. le secrétaire général, trois semaines au moins (26 juillet) avant l'ouverture du congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 8 — Les séances du congrès auront lieu tous les jours, le dimanche excepté. Elles se feront alternativement le jour et le soir. Les séances du jour dureront de deux à six heures ; les séances du soir auront lieu de huit à dix heures.

Art. 9 — Chaque question n'occupera qu'une séance, et l'ordre du jour sera ainsi réglé : 1° lecture sur les questions du programme ; 2° discussions ; 3° si le temps le permet, communication des travaux laissés à l'initiative individuelle. Les séances du soir leur seront exclusivement consacrées.

Art. 10. — Un maximum de vingt minutes sera accordé pour chaque lecture.

Art. 11. — A la première séance, le congrès nommera son bureau, qui se composera d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général, de secrétaires de séances.

Art. 12. — Le congrès terminé, le comité d'organisation reprendra ses fonctions pour procéder à la publication des actes du congrès.

Art. 13. — Tous les mémoires lus au congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire général. Ils sont la propriété du congrès.

Art. 14. — Les élèves en médecine recevront des cartes d'entrée, mais ils ne pourront être admis à prendre la parole.

Pour le comité : *Le président*, Bouillaud.

Le secrétaire général, Jaccoud.

Dans le but de limiter et de préciser les questions de son programme, le comité a consigné dans les commentaires suivants l'indication des points sur lesquels il désire que les études soient spécialement dirigées.

---

(1) Voyez plus loin le commentaire afférent à chacun de ces sujets. Il renferme des indications dont la connaissance est indispensable pour l'étude de ces diverses questions.

QUESTION PREMIÈRE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DU TUBERCULE. — DE LA TUBERCULISATION DANS LES DIFFÉRENTS PAYS ET DE SON INFLUENCE SUR LA MORTALITÉ GÉNÉRALE.

Il y a peu d'années encore, il semblait que l'histoire anatomo-pathologique de l'altération que l'on est convenu de désigner sous le nom de *tubercule* était complétement terminée : le mode de développement, le siége anatomique et les conséquences de cette altération paraissaient bien établis.

Des assertions émises plus récemment, et qui sont loin d'être conformes aux données généralement acceptées, ont soulevé des doutes, et ont fait naître des hésitations relativement à l'anatomie et à la physiologie pathologiques du tubercule.

Il serait utile de savoir si les divergences assez tranchées qui existent à cet égard entre les observateurs peuvent tenir à quelques différences émanant des circonstances au milieu desquelles l'altération se développe, ou si elles ne résultent que d'une différente interprétation de faits identiques.

Il y aurait donc à rechercher :

S'il existe réellement une production spéciale, ou même *spécifique*, qui puisse être considérée comme caractéristique du tubercule.

Quel est exactement le mode de formation de cette altération pathologique.

Enfin, si elle a un siége anatomique exclusif, déterminé et identique dans tous les organes.

Dans ces recherches, il est à désirer que les démonstrations anatomiques et histologiques tiennent plus de place que les interprétations et les appréciations théoriques, et que les impressions personnelles ou les déductions spéculatives ne soient pas substituées à l'expérimentation et à l'observation rigoureuses.

On devra préciser, autant que possible, la valeur exacte et le rôle de certaines altérations qui, pour plusieurs observateurs, sont de nature tuberculeuse, tandis que pour d'autres elles procèdent d'un mouvement véritablement phlegmasique.

Comme on le voit, il s'agit surtout ici de la forme d'altération désignée par certains auteurs sous le nom de *pneumonie caséeuse*.

Est-il réellement possible d'inoculer le tubercule à la manière des maladies virulentes ? Cette question, soulevée dans ces derniers temps, demande encore une solution à laquelle les travaux que sollicite le congrès pourront concourir.

Quant à la seconde partie de la question, on devra surtout tâcher de préciser les conditions étiologiques qui, dans les différents pays, sont considérées comme ayant une influence active et prépondérante.

L'influence de l'âge, du sexe, du climat ; celle des races diverses, des habitudes sociales, des boissons, des aliments, des industries spéciales aux lieux où l'observation sera faite, enfin l'action exercée par des maladies antérieures ou coïncidentes, seront donc autant de points particuliers qui devront appeler l'attention.

En étudiant ces diverses questions à l'aide des matériaux d'observation directe dont chacun pourra disposer personnellement, on avancera certainement beaucoup plus la science qu'en accumulant à propos de ces divers sujets les citations et les hypothèses.

Les formes symptomatiques les plus habituelles dans telle ou telle localité sont très-importantes à bien spécifier, comme aussi les complications les plus

fréquentes, et l'influence qu'elles peuvent exercer sur la tuberculisation, soit en activant, soit en ralentissant sa marche.

Il est également désirable que l'on puisse étudier dans les divers pays l'influence que la tuberculisation peut exercer sur le développement, la forme symptomatique, la marche et plus spécialement la terminaison des autres maladies.

Ce sera déjà un moyen de connaître « l'influence de la tuberculisation sur la mortalité générale dans les différents pays, » question dont l'importance n'est pas douteuse, quand on considère les ravages que cette affection exerce partout sur les populations.

Il est très-important, et l'on ne saurait trop insister sur ce point, que les documents mis en œuvre pour étudier ces diverses questions soient aussi exacts que possible. On devra donc soumettre tous les renseignements, même et peut-être surtout les statistiques administratives, à un contrôle rigoureux, avant de les accepter à titre de matériaux d'une valeur positive.

QUESTION II.

DES ACCIDENTS GÉNÉRAUX QUI ENTRAINENT LA MORT APRÈS LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

Malgré les progrès incessants de la thérapeutique chirurgicale, la perfection croissante du manuel opératoire, la richesse de l'appareil instrumental, l'attention minutieuse apportée au régime et à l'hygiène des opérés, la mort suit trop souvent encore les opérations sanglantes. Cette terminaison fatale reconnaît un grand nombre de causes qu'il faut tout d'abord séparer en catégories.

Tantôt il faut accuser une faute ou un accident dont le praticien est plus ou moins responsable.

Tantôt il faut attribuer la mort non plus à l'acte opératoire, mais à la maladie qui l'a nécessité, aux complications qu'elle a fait naître autour d'elle, ou aux causes générales qui l'ont engendrée.

Ces causes de mort d'une appréciation facile, la commission les rappelle, mais n'hésite pas à les éliminer du cadre de la question proposée. L'attention des observateurs devra se fixer de préférence sur une troisième catégorie d'accidents, dont l'étiologie est beaucoup moins connue.

Une opération a été exécutée d'une manière irréprochable, elle n'a intéressé aucun organe essentiel à la vie, les procédés réparateurs naturels convenablement dirigés, maintenus dans de justes limites et débarrassés de toute entrave, doivent réaliser sans peine une guérison qui semble assurée. Cependant on voit surgir des accidents qu'on ne peut rapporter ni à l'étendue, ni à la nature du traumatisme, ni à la négligence d'un précepte quelconque.

Ces complications formidables sont, pour ne citer que les plus communes : le phlegmon diffus, la gangrène, l'érysipèle, l'angioleucite, la phlébite, le tétanos, etc.

Ces accidents, qui sont de tous les temps et de tous les pays, ont été depuis longtemps soigneusement étudiés. On lutte même contre eux souvent avec plus de courage que de succès; mais les causes qui président à leur développement sont encore entourées d'obscurité. Il semblerait même qu'ils ne se montrent pas toujours et partout sous les mêmes aspects et avec la même fréquence. Ainsi le tétanos, qui dans les pays chauds complique souvent les traumatismes les plus insignifiants, est proportionnellement fort rare sous nos latitudes

tempérées. Ainsi encore, à l'infection purulente avec phlébite et accès métastatiques, si bien décrite par nos auteurs classiques, paraissent de nos jours, et dans nos grands hôpitaux, avoir succédé, comme cause de mortalité, les érysipèles graves et certaines formes latentes de pyohémie.

Ainsi, enfin, quelques grandes opérations : l'ovariotomie, les résections, les amputations, donnent des résultats si différents dans notre pays et dans les contrées d'outre-Manche, qu'on a pu se demander sérieusement si nos races et celles qui peuplent l'Angleterre n'offriraient pas au traumatisme une tolérance tout à fait inégale. Opinion singulière qu'appuient, au moins en apparence, les résultats consignés dans les annales de la chirurgie militaire, après les campagnes de France et de Crimée.

Ces données, encore hypothétiques, c'est-à-dire plutôt entrevues que démontrées, la commission les pose comme problèmes dignes de recevoir une solution.

La nosographie des affections précédemment énumérées étant suffisamment avancée, il serait superflu d'entrer dans de longs détails descriptifs. L'enquête devrait donc porter essentiellement sur les points suivants :

1° La mortalité après les opérations chirurgicales est-elle égale dans tous les pays, ou varie-t-elle suivant la race et les climats ?

2° Les affections générales qui la déterminent se montrent-elles partout avec la même fréquence relative, et sous les mêmes formes pathologiques ?

3° Au cas où des différences notables seraient constatées, la part faite à la race et au climat, quel rôle conviendrait-il d'assigner au régime, aux modes de pansement et de traitement, à l'hygiène générale ? etc.

Les réponses à ces questions difficiles et importantes devront être basées, autant que possible, non sur des impressions ou des souvenirs, mais bien sur des documents statistiques suffisamment explicites, et recueillis avec toute la rigueur de la science contemporaine.

(*La suite au prochain numéro.*)

Moyen d'utiliser les liquides des fosses d'aisances.
Question d'hygiène publique.

Tout ce qui est hygiène intéresse les médecins. Pour cette cause, nous croyons devoir leur communiquer un travail qui a trait à ce sujet.

Dans le mois de juin dernier, M. Georges Ville a fait à la Ferme modèle de l'Empereur une conférence sur les engrais.

J'ai été chargé par M. de Raynal d'y assister, pour en faire un compte rendu à la Société du Berry, dont il est le président. M. Georges Ville, dans une savante exposition, a démontré l'utilité des engrais minéraux, puisque la France ne peut faire assez de fumiers de ferme pour les besoins de l'agriculture.

Cette conférence m'a donné l'idée qu'on pourrait très-avantageusement utiliser les liquides des fosses d'aisances, qui sont si riches en principes azotés et minéraux, dans un but d'hygiène. L'autorité a prescrit aux vidangeurs de ne plus répandre sur la voie publique, pour les envoyer à la Seine, les liquides extraits des fosses d'aisances, sous peine d'amende ; or, les vidangeurs sont très-embarrassés de ces liquides. Que peuvent-ils en faire ? Les fermiers fran-

çais ne veulent pas les accepter comme irrigations sur leurs terres ; j'ai proposé le moyen suivant à la Société du Berry :

Sitôt que les liquides seraient extraits des fosses, on les porterait hors Paris, dans de vastes réservoirs pratiqués sur le sol, on verserait dedans, pour les amener à l'état de pâte, des plâtras de démolition réduits en poudre, on coulerait de suite cette pâte dans des vieilles barriques à vin.

Ainsi, en un jour, on pourrait fabriquer et expédier aux agriculteurs, pour être ajouté à leurs fumiers de ferme, un produit qui remplacera le guano, qui coûte si cher à la France.

Une ville qui renferme deux millions d'individus laisse perdre par an 105 millions de kilogrammes de substances azotées fixes, qui s'évanouissent et disparaissent dans les rivières pour aller dans les fleuves et de là dans les profondeurs de la mer.

M. Georges Ville nous dit que 35 milliers de matières fécales sèches équivalent à 2 000 kilogrammes de céréales, c'est donc beaucoup de pain et de viande que nous perdons volontairement.

Avec mon procédé, on continue à faire de la poudrette, dont le débit est toujours certain. Ma conserve calcaire aura sur elle un avantage comme engrais, car la poudrette perd les neuf dixièmes de ses principes fertilisants, tandis que je les conserve tous.

L'administration des vidanges, avec mon procédé, ne change rien à son travail ; même équipage, même matériel ; que lui faut-il en plus ? Une machine à vapeur pour réduire le sulfate de chaux en poudre fine et des hommes pour opérer le mélange.

Je serai heureux si l'autorité apprécie mon procédé, ce sera la récompense des nombreux essais que j'ai faits pour tirer parti d'une chose perdue et qui pourtant peut rendre de si grands services à la société.

Stanislas MARTIN.

Par décret en date du 12 août 1866, ont été promus dans le corps des officiers de santé :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. De Launay, Messager, Bédié, Chevrel, Alix, De Guillin, Herbecq, Delcominète, Bagnol, Simon et Baudoin, médecins-majors de 2e classe.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Huguet, Martial, Pitou, dit Balme, Poupelard, Hatry, Bouchard, Bock, Fargues, Farine, médecins aides-majors de 1re classe.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. de Montèze, pharmacien-major de 2e classe.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : MM. Villard et Verrier, pharmaciens aides-majors de 1re classe.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Fournier, médecin aide-major de 2e classe.

A deux emplois de vétérinaires en 1er : MM. Guillet et Naudin, vétérinaires en 2e.

A un emploi de vétérinaire en 2e : M. Chevalier, aide-vétérinaire.

Par décret en date du 17 septembre 1866, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Commission de rédaction de la nou-

velle édition du *Codex*, a été nommé officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur : chevalier depuis 1845.

A la suite du concours d'agrégation près les écoles de médecine navale :

M. Béguin, médecin de 1re classe, a été nommé agrégé pour le cours d'anatomie descriptive, à Toulon.

M. Ségard, pharmacien de 1re classe, a été nommé agrégé pour le cours de pharmacie extemporanée, à Toulon.

M. Pichaud, pharmacien de 1re classe, a été nommé agrégé pour le même cours, à Brest.

Par arrêté ministériel en date du 15 septembre 1866 :

M. Herbet, professeur adjoint de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Lenoël, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur adjoint d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite École, en remplacement de M. Thuillier (Augustin-Thierry), décédé.

M. Coulon, suppléant pour les chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur adjoint d'histoire naturelle et matière médicale à ladite École, en remplacement de M. James, décédé.

M. Padieu fils, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, en remplacement de M. Lenoël, appelé à d'autres fonctions.

M. Richet, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, en remplacement de M. Thuillier (Auguste), décédé.

Mort de M. Rostan.—Une de nos illustrations médicales vient de disparaître. M. Rostan, ancien professeur de clinique à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, a été pendant de longues années à la tête du mouvement scientifique de notre siècle. Il débuta dans l'enseignement à l'hôpital de la Salpêtrière, par des cliniques qui eurent un grand succès. C'est là qu'il produisit ses travaux sur les maladies du cerveau, et contribua à donner une vigoureuse impulsion à l'étude de l'anatomie pathologique. Plus tard, professeur officiel à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il était entouré de nombreux élèves qu'il savait diriger avec tact et auxquels il inculquait les éléments de la science du diagnostic. Non-seulement M. Rostan était un professeur des plus brillants, mais il était regardé comme un des chefs de l'École de Paris; ses doctrines, exposées dans son *Traité de l'Organisme*, qui eut plusieurs éditions, ont nourri plusieurs générations médicales.

M. Rostan s'était retiré de la Faculté depuis plusieurs années, mais il a vu son œuvre lui survivre, et il a emporté dans la tombe la douce satisfaction d'avoir été utile à la jeunesse médicale et à la science.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Remarques sur le traitement de la coqueluche par les émanations des usines à gaz.

Le traitement de la coqueluche par les substances volatiles ayant servi à l'épuration du gaz de l'éclairage a une origine tout à fait empirique, et on ne lui reprochera pas d'être basé sur des données théoriques. Quel en est l'inventeur ? On l'ignore. Une note insérée dans le journal *le Courrier du Pas-de-Calais*, et reproduite dans les journaux politiques de Paris, eut un grand retentissement dans le public; et comme il n'existe pas de traitement abortif de cette maladie, les parents s'empressèrent de conduire leurs enfants aux usines à gaz.

Deux médecins bien placés pour observer : M. Commenge, médecin de l'usine de Saint-Mandé, et M. Bertholle, médecin de celle des Ternes, vinrent bientôt signaler les effets produits par cette médication sur un grand nombre d'enfants qu'ils avaient pu suivre régulièrement, et en firent valoir les avantages. Par contre, MM. Blache, Bergeron, Bouchut rapportèrent à la Société médicale des hôpitaux des faits de leur pratique où l'inhalation de ces gaz, loin d'accélérer la guérison, avait présenté de graves inconvénients. M. Roger, entre autres, avait été appelé en consultation près d'un enfant qui avait contracté une pneumonie en respirant à l'usine les gaz de l'épuration. Désireux d'éclairer la question, un interne des hôpitaux de Paris, M. Roques, est allé suivre les malades à l'usine de Saint-Mandé, et a développé ce sujet dans sa Thèse inaugurale; c'est avec ces documents que nous chercherons à apprécier cette méthode.

Exposons d'abord la manière dont se pratiquent les inhalations. Les petits malades vont respirer les exhalaisons que répandent les résidus de l'épuration du gaz de l'éclairage. C'est une matière pulvérulente composée principalement de chaux et d'oxyde de fer, d'où se dégagent en grande quantité de l'ammoniaque et des huiles volatiles. Le mode de traitement diffère dans les usines. Aux Ternes, les petits malades sont placés dans les cuves mêmes des épurateurs et plongés dans les vapeurs qui s'en dégagent; dans d'autres, les enfants sont placés autour de ces cuves; enfin, dans quelques-unes, ils circulent et jouent autour des résidus, disposés en tas dans des chambres disposées *ad hoc*. Pour obtenir un bon

résultat, il importe que l'enfant séjourne dans l'atmosphère de ces vapeurs au moins une heure, et mieux deux heures, et que les séances aient lieu régulièrement tous les jours, condition des plus importantes du début. Pendant l'hiver, c'était dans la salle d'épuration de l'usine à gaz que les enfants venaient respirer l'atmosphère médicamenteuse; or, cette salle, de dimensions très-grandes, ne pouvant être chauffée, exposait les petits malades à des refroidissements continuels qui pouvaient amener des pneumonies, des pleurésies, des bronchites; aussi, pour éviter cet inconvénient, on a fait disposer dans les usines une salle moins vaste, susceptible d'être chauffée, dans laquelle on apporte de la matière à épuration.

Les effets de cette médication sont les suivants : lorsqu'on observe pendant quelque temps un certain nombre d'enfants traités de la coqueluche par la respiration de l'atmosphère des salles d'épuration, on voit survenir une modification prompte et rapide, tant du côté des phénomènes généraux que du côté des phénomènes thoraciques. Généralement, c'est par les phénomènes généraux que l'amélioration commence; les symptômes pulmonaires ne sont influencés qu'immédiatement après, ou plus souvent en même temps; plus rarement l'inverse a lieu. Ordinairement, dès la quatrième ou cinquième séance l'appétit reparaît chez les petits malades; la gaieté et les forces reviennent. Ce retour de l'appétit dès les premières inhalations est peut-être le symptôme le plus constant et le plus général, et l'on comprend ce qu'a de précieux une médication qui permet l'alimentation dans une maladie si fatigante, qui déprime les enfants et les rend aptes à contracter des complications plus ou moins sérieuses, et d'autant plus facilement que la résistance pathologique est plus faible dans cet âge de la vie. Il paraît, du reste, que les ouvriers qui séjournent dans la salle des épurateurs ont remarqué que ces vapeurs excitent fortement leur appétit.

Sous l'influence des inhalations, la gaieté et les forces reparaissent avec le rétablissement des fonctions digestives; de tristes, abattus qu'ils étaient, les enfants deviennent remuants, joueurs; l'état de somnolence, dû à la cyanose profonde et persistante dans l'intervalle des quintes, cesse, et l'enfant ne tarde pas à reprendre ses jeux.

Non-seulement les phénomènes généraux sont influencés, mais encore les phénomènes pulmonaires reçoivent une modification prompte et rapide.

La première amélioration que l'on note dans les quintes consiste

tout d'abord dans la diminution de leur intensité ; les accès de toux deviennent moins pénibles. Bientôt la menace d'asphyxie, qui accompagne la toux convulsive, disparaît, ainsi que l'état cyanique et la bouffissure du visage ; l'inspiration sonore subit une modification profonde, et devient moins prononcée, pour disparaître complétement. Le sifflement terminal est, dans certaines circonstances, le seul phénomène modifié dans les quintes, et ce signe est d'un bon augure.

Non-seulement les quintes diminuent comme intensité, mais elles diminuent aussi comme nombre ; souvent, après quatre, cinq, six séances, le nombre des quintes diminue de moitié. Une remarque a été faite : c'est surtout la nuit que l'amélioration commence à se montrer, ce qui tient à ce que les enfants sont encore sous l'influence complète des inhalations (elles ont lieu généralement de midi à quatre heures), tandis qu'à mesure qu'ils s'éloignent de ce moment, la sédation, amenée par la médication, diminue, et les accidents reparaissent le jour avec un peu plus de véhémence et de fréquence que la nuit. Mais les quintes de jour finissent, elles aussi, par se modifier et comme intensité et comme nombre, et les unes et les autres disparaissent complétement, ne laissant après elles qu'un peu de toux sans caractère spécial et sans fatigue aucune pour l'enfant. Il en est de même de l'excitation momentanée que détermine la médication dans la période de début de la coqueluche, c'est encore la nuit qu'elle se manifeste, alors qu'il s'est écoulé peu de temps depuis le moment de la séance.

Avec la sédation des quintes coïncide la sédation des vomissements ; et, comme pour les autres phénomènes, cette sédation est graduelle ; elle semble d'ailleurs régler sa marche sur celle des quintes, cause déterminante le plus souvent des vomissements. Or, *à priori*, la diminution de l'intensité et du nombre des quintes, de l'intensité surtout, devait faire prévoir que les vomissements seraient plus rares. En faisant cesser les vomissements, la médication par les inhalations permet au malade d'utiliser pour son organisme les aliments qu'il a introduits dans son estomac, et le met ainsi mieux à même d'éviter les complications auxquelles succombent le plus souvent les enfants qui meurent de la coqueluche.

Ce traitement doit-il être prescrit à toutes les périodes de la maladie? Il est surtout efficace quand la coqueluche est dans sa période d'état, dans sa période convulsive. Mais quand la coqueluche en est au début, ou même qu'elle est depuis quelque temps stationnaire, les premières inhalations ont pour effet d'aggraver les sym-

ptômes ; ainsi, la quinte, l'inspiration sifflante apparaissent ; mais cette exacerbation n'est que de courte durée, et bientôt elle est remplacée par une diminution très-marquée dans l'acuité des principaux symptômes.

Le grand avantage de cette médication serait d'abréger la durée de cette maladie, contre laquelle jusqu'ici la thérapeutique est restée désarmée ; car, si l'on consulte les observations de MM. Commenge et Bertholle, on voit que la moyenne générale des séances pour obtenir la guérison a été de treize. En général, au bout de six séances, il se produisait de l'amélioration. « Or, le plus ordinairement, dit M. Trousseau [1], la coqueluche met au moins six semaines à faire son évolution, et généralement elle dure de cinquante à soixante jours. »

Les observations suivantes, que nous empruntons à la Thèse de M. Roques, viennent à l'appui de la méthode nouvelle :

Obs. I. *Coqueluche, datant de cinq jours, guérie après vingt séances de deux heures dans la salle d'épuration.* — J*** (Blanche), âgée de sept ans, est atteinte de la coqueluche depuis cinq jours, lorsqu'elle est conduite pour la première fois à l'usine le 12 novembre 1865.

Voici les renseignements que l'on recueille sur l'état de la petite malade :

15 novembre. Les quintes, au nombre de cinq ou six pendant le jour et de trois ou quatre pendant la nuit, sont très-fortes, accompagnées d'étouffements et de sifflements très-marqués, suivies de vomissements de matières glaireuses et alimentaires : c'est là ce qui fatigue le plus la petite malade, car l'appétit est bon, la fièvre nulle. A l'auscultation, on constate des rhoncus dans les deux poumons.

La petite malade a été soumise au sirop de belladone, précédé d'un vomitif, le tout sans aucun résultat.

22 novembre. A la neuvième séance, la mère de la malade nous fait observer que les quintes ont été un peu plus fréquentes lors des premières visites à l'usine ; elles ont atteint le chiffre de vingt à vingt-deux dans les vingt-quatre heures : presque une toutes les heures ; les vomissements continuaient d'ailleurs ; la petite malade était agitée la nuit ; mais, après la sixième séance, l'amélioration a commencé ; les quintes ont été en diminuant, surtout la nuit : bientôt elles se sont réduites à une ou deux, depuis le coucher jusqu'au réveil, sept à huit pendant le jour. L'appétit est toujours bon, comme au début ; mais il y a encore des vomissements.

29 novembre. Ce n'est qu'après la douzième séance que les vomissements ont cessé complétement, et à ce moment on entend encore quelques râles muqueux dans les deux poumons, mais bien

---

[1] Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

moins nombreux qu'il y a huit jours ; les quintes ne sont plus qu'au nombre de cinq ou six dans les vingt-quatre heures.

6 décembre. Nous voyons la petite malade pour la dernière fois, et, après la vingtième séance, nous pouvons recueillir de la mère qu'il n'y a plus de quintes, que son enfant mange et dort bien, et qu'elle a repris ses jeux habituels. On cesse dès ce jour les visites à l'usine.

Obs. II. *Coqueluche à son début chez un enfant de seize mois, guérie après dix-sept séances dans la salle d'épuration.* — Jeanne B***, âgée de seize mois, a été atteinte de la coqueluche au mois d'avril 1865. La mère de l'enfant nous dit que l'affection a débuté le 15 avril par quelques accès de toux et un mouvement fébrile assez marqué. Les quintes, qui ont commencé à se montrer le 17 avril, étaient au nombre de sept ou huit par jour, mais la nuit elles oscillaient entre vingt et trente; elles étaient fortes, intenses et suivies de temps à autre seulement du sifflement caractéristique. L'enfant, qui est abattue, triste, refuse toute espèce d'alimentation ; elle est en proie à une fièvre constante.

Le 18 avril, on prescrit un vomitif qui fait disparaître l'anxiété existante, mais qui reste parfaitement inefficace contre la coqueluche. Le 20, on envoie l'enfant à l'usine de Saint-Mandé.

Après les deux premières séances dans la salle d'épuration, les quintes ont été plus fortes et plus nombreuses, surtout la nuit ; mais l'amélioration a commencé après la troisième séance, et la petite malade, qui était si agitée pendant la nuit, a pu reposer ; son sommeil n'a été interrompu que quatre fois, au lieu de vingt à trente, par des quintes peu violentes. Après la cinquième séance, les quintes disparaissent complétement la nuit, mais il y en a encore trois ou quatre pendant le jour. L'appétit, que l'enfant avait complétement perdu, au point de refuser toute espèce d'alimentation, a reparu après la deuxième séance, et a été progressivement en augmentant.

L'amélioration ne s'est pas démentie jusqu'à la onzième séance; à ce moment il y a eu un peu d'augmentation et dans le nombre et dans l'intensité des quintes, mais cette exacerbation n'a été que de très-courte durée, et dès le 5 mai, c'est-à-dire après la quatorzième séance, il n'y a plus eu de quintes. La guérison a été complète après la dix-septième séance.

Obs. III. *Coqueluche datant de trois semaines chez un enfant de dix mois, guérie après treize séances à l'usine de Saint-Mandé.* — A*** (Clémentine), âgée de dix mois, est atteinte de la coqueluche depuis trois semaines. Les quintes, au nombre de sept ou huit pendant le jour, de dix à douze pendant la nuit, sont très-fortes, à trois reprises successives, accompagnées d'étouffement et suivies du sifflement final caractéristique. Après les quintes surviennent des vomissements de matières glaireuses et alimentaires, et sous cette influence, l'enfant a pâli et maigri considérablement. L'appétit est d'ailleurs nul, et notre petite malade, qui avant la coqueluche man-

geait de la soupe, du potage, ne veut plus prendre depuis son affection que le lait de sa nourrice.

A l'auscultation, rien d'anormal dans la poitrine ; la respiration est un peu bruyante dans les deux poumons.

Quant au traitement, il a consisté en sirops de différente nature, et, entre autres, le sirop de radis noir, qui n'a amené, bien entendu, aucune espèce d'amélioration.

Le traitement a été commencé le 21 octobre 1865.

Trois jours après, c'est-à-dire après la troisième séance, nous revoyons notre petite malade, et nous ne notons aucune amélioration. Au contraire, les quintes semblent un peu plus fortes, surtout pendant la nuit ; cependant, le matin même de notre visite, pour la première fois l'enfant a consenti à prendre la soupe au lait.

Le 26 octobre, après la sixième séance par conséquent, les choses sont bien changées : les quintes sont toujours aussi nombreuses pendant le jour, mais l'amélioration est sensible pour celles de la nuit, comme si l'effet de la médication allait s'affaiblissant, à mesure que l'on s'éloigne du moment de la séance dans la salle d'inhalation.

On ne compte guère que trois ou quatre quintes pendant que dure le sommeil ; non-seulement elles diminuent en nombre, mais aussi en intensité ; l'enfant les supporte mieux ; le sifflement de l'inspiration finale est moins marqué ; enfin les vomissements, qui se montraient après chaque quinte, ne paraissent plus maintenant que de loin en loin ; l'appétit est également revenu et la gaieté de l'enfant aussi.

Enfin, le 30 octobre, après la dixième séance, les nuits sont excellentes, l'enfant repose parfaitement ; on ne compte plus que deux quintes pendant le jour en moyenne, et encore ne sont-elles pas fortes : ce sont plutôt des accès de toux que de véritables quintes ; le sifflement en effet a complétement disparu, les vomissements sont devenus extrêmement rares, l'appétit est parfait, et la physionomie de l'enfant n'annonce aucune espèce de souffrance. Le 2 novembre, les parents cessent les visites à l'usine, car l'enfant ne tousse plus du tout.

OBS. IV. *Coqueluche datant de quatre semaines, guérie après neuf séances dans la salle d'inhalation.* — François S*** est atteint de la coqueluche depuis quatre semaines. Les quintes, extrêmement nombreuses, ont lieu toutes les demi-heures pendant le jour, quarante pendant la nuit ; elles sont très-violentes, à reprises successives, accompagnées d'étouffement et suivies du sifflement de l'inspiration finale, caractéristique de l'affection. Cependant il n'y a pas de vomissements, malgré cette intensité des quintes ; mais l'appétit a diminué et l'enfant a considérablement pâli et maigri ; il présente un cachet de tristesse que tout le monde comprendra avec des quintes aussi violentes et aussi fatigantes.

Quant au traitement, il a été, comme il arrive le plus souvent, très-varié ; soumis successivement au sirop Desessarts et aux vomitifs, le tout est resté sans résultat, et, le 16 décembre 1865, le

petit malade est conduit pour la première fois à l'usine de Saint-Mandé, où l'auscultation ne nous révèle que quelques râles muqueux que l'on entend dans les deux poumons.

Le 18 décembre, après la troisième séance, nous revoyons l'enfant, et, bien que les quintes soient toujours très-fortes pendant la nuit en même temps que très-fréquentes, nous constatons une diminution dans le nombre des quintes de la journée; l'enfant, qui refuse de manger lorsqu'il est chez lui, demande des aliments pendant qu'il est à l'usine, et, selon la remarque de la mère, il mange à l'usine avec beaucoup de plaisir.

Le 21 décembre, après la sixième séance, nous revoyons notre petit malade, et nous apprenons que les quintes, qui pendant la nuit s'élevaient au chiffre énorme de quarante, sont successivement tombées à sept, huit, soit le jour, soit la nuit. Dès lors l'enfant a pu reposer; l'appétit est meilleur, les forces reviennent. A l'auscultation, on entend toujours des râles muqueux dans les deux poumons, et, bien que la mère nous révèle que l'enfant a expectoré quelques crachats mêlés de sang, nous faisons continuer la médication.

Enfin, le 24 décembre, après la neuvième séance, l'enfant va tout à fait bien, pas de quintes la nuit, deux ou trois accès de toux le jour; l'appétit est bon, le sommeil parfait et on cesse les visites à l'usine.

En résumé, ce nouveau mode de traitement, quelque étrange qu'il paraisse, a donné de bons résultats, et les médecins qui l'ont mis en pratique en ont rendu un bon témoignage.

M. Commenge termine ainsi un travail qu'il a communiqué à l'Académie de médecine :

«Le traitement de la coqueluche par la respiration des substances volatiles qui se dégagent des matières ayant servi à l'épuration du gaz donne les meilleurs résultats.

« Chez la grande majorité des malades, la guérison est le résultat ordinaire de ce traitement, même dans les cas où ont échoué les médications réputées les plus efficaces.

«La guérison se produit sous l'influence de ce traitement à toutes les périodes de la maladie.

«Elle se produit aussi quel que soit l'âge des enfants malades.

«Lorsque la guérison ne se produit pas, on observe presque toujours une grande amélioration dans la plupart des symptômes de l'affection.

« Le nombre des inhalations, pour produire la guérison, varie suivant les individus : il a oscillé entre trois et trente; la moyenne générale, dans la première période de quatre mois, a été de douze; elle est au contraire de quatorze dans une nouvelle période de trois

mois et demi. Chaque séance dans la salle d'épuration doit avoir deux heures de durée.

« La saison froide est moins favorable que les autres à l'influence de la médication, non pas que l'action de l'atmosphère gazeuse soit moins prononcée, mais parce que le séjour dans la salle d'épuration devient pénible et pourrait être dangereux à cause du froid qui s'y fait sentir. On peut remédier à cet inconvénient en installant les petits malades dans des salles qui puissent être chauffées.

« Il n'y a pas danger pour les enfants, quel que soit leur âge, à les soumettre aux inhalations des substances volatiles qui se dégagent des matières ayant servi à l'épuration du gaz. »

Ces conclusions, la dernière surtout, nous ne pouvons les accepter sans réserve. Cette médication n'est pas aussi innocente qu'on l'a dit ; elle nous paraît surtout dangereuse pour les enfants qui y sont soumis sans l'avis du médecin, comme cela arrive le plus souvent. On a vu des enfants contracter des pneumonies pendant les séances d'inhalation ; que ce soit l'effet des vapeurs irritantes ou d'un simple refroidissement, peu importe, le médecin ne peut conseiller un traitement qui expose à une maladie grave, parfois mortelle : *Primum non nocere,* telle doit être sa devise.

Mais il y a un moyen de tout concilier. Il paraît démontré que les émanations des usines à gaz modifient avantageusement la marche et la durée de la coqueluche ; d'un autre côté, les inhalations faites dans les usines ne nous semblent pas sans danger. Or, il n'est pas d'une nécessité absolue de conduire les enfants à l'usine pour les soumettre à ce traitement, aussi nous avons adopté la pratique suivante : nous défendons de conduire les enfants à l'usine, mais nous entourons leur berceau d'une certaine quantité de matière à épuration, 1 hectolitre par exemple, et de cette façon, le petit malade respire sans danger pendant son sommeil les vapeurs qui peuvent lui être utiles.

Sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la dysenterie épidémique des pays chauds [1];

Par M. Brassac, médecin de 1re classe de la marine.

Lorsque parut en 1854 le mémoire de M. Monneret, qui fit connaître les propriétés thérapeutiques du sous-nitrate de bismuth [2],

---

[1] Extrait d'un travail considérable publié dans les *Archives de médecine navale.*

[2] *De l'emploi du sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans le traitement de plusieurs maladies.* Monneret, *Bull. de Thérap.* (1854).

ce médecin n'avait pu l'administrer dans la dysenterie endémique des pays chauds. Il y avait là une lacune à combler; aussi lorsque les circonstances nous mirent en présence de cette maladie, nous n'hésitâmes pas à employer dans la dysenterie épidémique de notre pays le traitement qui avait réussi à M. Monneret, et les résultats furent très-favorables.

En 1860, un service de dysentériques nous fut confié à l'hôpital de la Basse-Terre; pour la première fois nous employâmes le sous-nitrate de bismuth à hautes doses. Nous le donnâmes à quatorze malades, seulement à doses assez élevées pour produire un effet thérapeutique durable. Sur ce nombre, quatre malades en étaient à leur première entrée à l'hôpital, mais l'usage de la macération d'ipéca et du calomel avait précédé l'emploi du sous-nitrate. En outre, peu familiarisé encore avec cette médication, nous avions administré, pendant une ou deux semaines, les opiacés, les astringents, et cela sans grand profit pour les malades. Les selles n'étaient plus sanguinolentes, mais elles étaient toujours liquides, nombreuses (huit à douze par jour), et le ventre encore douloureux à la pression. Le sous-nitrate donna une guérison complète en deux semaines. Dès le cinquième jour, les malades avaient des selles moulées, pouvaient prendre, sans danger, sans douleurs, des aliments choisis, alors que quelques jours auparavant le moindre aliment solide déterminait des douleurs et une recrudescence dans la sécrétion intestinale.

Quant aux malades atteints de dysenterie chronique avec plusieurs récidives, nous n'avons eu recours au sous-nitrate de bismuth qu'après avoir vu échouer toute la thérapeutique habituelle de cette maladie. Chez quelques-uns il y avait un degré de marasme assez avancé; l'alimentation étant presque impossible, le malade vivait aux dépens de lui-même.

De ces dix malades, trois virent une amélioration réelle dans leur état. On pouvait croire à une guérison prochaine, mais le sous-nitrate étant suspendu, trop tôt peut-être, les selles, sans reprendre leur fréquence primitive et leur liquidité, redevinrent molles, jaunâtres; l'état général se modifiait lentement. Chez ces malades, la dysenterie était compliquée d'engorgement du foie; et c'est dans la dysenterie à forme hépatique que nous avons constaté le peu d'efficacité du sous-nitrate de bismuth. Dans ces cas nous l'administrions pourtant, car il convient toujours à la lésion locale, qu'il peut modifier heureusement : il enraye le travail ulcératif et permet aux malades d'attendre, sans aggravation, le passage du navire hôpital.

Les sept autres malades sortirent guéris de l'hôpital et purent reprendre le service actif.

Nous avons toujours donné le sous-nitrate d'après les indications de M. Monneret. Dans la dysenterie, commençant par 15 à 20 grammes, nous allions rapidement jusqu'à 60 et 70 grammes, en augmentant de 10 grammes par jour. Nous proportionnions, du reste, toujours les doses à l'étendue présumée du mal, prenant pour guide l'effet obtenu par les premières doses. Quand la convalescence était établie, nous donnions des doses décroissantes, continuant pendant quinze à vingt jours des doses modérées, alors même que le malade n'avait qu'une selle par vingt-quatre heures. C'est une précaution que nous ne saurions trop recommander pour assurer la guérison et protéger une muqueuse longtemps soumise à des sécrétions morbides.

Le sous-nitrate de bismuth n'était jamais donné à doses très-fractionnées. Nous considérons cette manière de faire comme vicieuse. Quelle que fût la quantité prescrite, elle était toujours divisée en cinq doses au plus, soit dans du pain azyme, soit délayée dans un peu de bouillon ou d'eau de riz, soit encore, mélangée aux aliments, tels que la crème de riz.

En même temps que nous faisions ces essais à l'hôpital, nous prescrivions souvent le sous-nitrate en ville. Il nous a donné, nous le croyons, des succès signalés; mais, dans ce pays, plus que partout ailleurs, nous pensons que le médecin doit garder une grande réserve avant de produire des observations médicales prises dans sa clientèle civile.

Les malades de cette catégorie, en effet, sont soumis aux influences les plus contraires et contre lesquelles il est bien difficile au médecin de lutter.

Aussi, négligeant ces faits, nous nous sommes appuyé seulement, pour asseoir notre jugement, sur les observations prises dans le service des hôpitaux. Là seulement, le malade est soustrait aux influences étrangères à l'art ; là, le médecin possède un contrôle complet, et, grâce à l'intelligente et inexorable ponctualité des sœurs hospitalières, voit ses prescriptions religieusement exécutées.

En 1861, nous fûmes appelé à diriger le service de l'hôpital militaire de Saintes. Cet hôpital reçoit fréquemment des dysentériques de l'hôpital de la Basse-Terre. Nous étions donc en bonne position pour expérimenter le sous-nitrate de bismuth sur une large base. Dans cette expérimentation que nous avions à cœur de poursuivre, vu les résultats heureux qu'elle nous avait déjà donnés, nous ne

fûmes arrêté que par les quantités restreintes de sous-nitrate de bismuth mises à notre disposition.

Dans le premier trimestre, dix cas de dysenterie chronique ont été présentés par des militaires, provenant tous des hôpitaux de la Basse-Terre ou de la Pointe-à-Pitre. La plupart de ces malades étaient atteints depuis plusieurs mois, quelques-uns même faisaient remonter à quinze, dix-huit mois et deux ans l'époque de la première atteinte. Tous présentaient le cachet non équivoque d'une anémie profonde; chez tous la nutrition était languissante; les aliments mal digérés ne faisaient qu'augmenter la sécrétion intestinale, sans profit pour l'économie. Nous avons administré le sous-nitrate de bismuth à cinq de ces malades seulement, voulant par des doses suffisantes arriver à des résultats que les observations recueillies à la Basse-Terre nous donnaient presque le droit d'espérer. Le premier retourna en France convalescent.

Les quatre autres malades qui furent traités par le sous-nitrate de bismuth virent leur état s'améliorer promptement; trois purent rejoindre leur corps; le quatrième, atteint de cachexie, après de nombreuses récidives, fut présenté au conseil de santé, mais avec un état relativement satisfaisant.

Dans le deuxième trimestre, huit malades atteints de dysenterie chronique ont été traités; tous provenaient de l'hôpital de la Basse-Terre.

Chez sept de ces malades nous avons employé le sous-nitrate de bismuth quatre fois seulement à des doses élevées, trois fois à doses modérées, obligé même de suspendre quelquefois le traitement chez ces derniers par épuisement du médicament.

L'observation suivante montre l'efficacité du traitement.

Obs. Peignez, soldat d'infanterie de marine, âgé de vingt-six ans, est évacué le 10 avril de l'hôpital de la Basse-Terre sur celui des Saintes. Le billet d'évacuation portait la note suivante: « Malade depuis deux mois, selles nombreuses, purulentes, avec détritus de muqueuse intestinale. » Peignez porte les signes d'une anémie profonde; les aliments les plus légers déterminent des selles abondantes, grisâtres, fétides.

Pendant quatre jours: extrait d'opium, 15 centigrammes en trois pilules, lavement de décoction de ratanhia, bains de siége. Au cinquième jour, Peignez accuse une vive douleur dans la région hypogastrique et dans les reins; selle abondante, lavure de chair, contenant un lambeau de muqueuse long de 11 centimètres, qui, étalé, avait dans sa plus grande largeur les deux tiers de la circonférence de l'intestin.

Le malade est soumis aux lavements d'eau tiède. Le lendemain,

le sous-nitrate de bismuth est administré à la dose de 20 grammes, dose bientôt portée à 60 grammes. En quinze jours, le malade mangeait les trois quarts de ration, et la guérison ne s'est pas démentie.

Nous rendîmes témoin de ce fait le chirurgien qui avait rédigé la note d'évacuation. Notre collègue ne pouvait croire à une guérison aussi prompte.

Chez un malade atteint de dysenterie aiguë, le sous-sel n'a été donné qu'au cinquième jour, alors que le calomel à haute dose, l'ipéca en macération avaient supprimé l'exhalation sanguinolente et amendé les symptômes inflammatoires. Le résultat fut rapide. En quatorze jours le malade reprenait son service dans le détachement des Saintes, et il n'y a pas eu de récidive.

Le sel de bismuth administré huit fois pendant ce trimestre a donné six fois les résultats les plus satisfaisants. Chez deux malades, l'amélioration a été lente; le sous-nitrate colorait incomplétement les selles, les rendait molles, mais jamais dures. Nous avions encore affaire à des dysenteries à forme hépatique.

Dans le troisième trimestre, nous avons employé le sous-nitrate de bismuth chez trois malades atteints de dysenterie aiguë. Tous les trois ont été guéris.

Voici une observation très-probante :

Obs. Harengs, fusilier disciplinaire, depuis trois mois dans la colonie, entre à l'hôpital de Saintes le 30 juillet, atteint de dysenterie depuis huit jours. Le malade avait négligé son état. L'abattement était extrême, la fièvre continue, les selles étaient nombreuses, vingt-cinq à trente par jour, liquides et sanguinolentes. La macération brésilienne diminua les symptômes inflammatoires, mais la sécrétion intestinale et l'exhalation sanguine ne furent nullement modifiées. Au cinquième jour de son entrée, Harengs eut une hémorrhagie rectale très-abondante avec refroidissement général. Le malade, dont l'émaciation avait été progressivement rapide, pouvait à peine articuler quelques mots; la faiblesse allait croissant, les selles étaient toujours involontaires et d'une fétidité insupportable pour les voisins du malade. La langue, blanchâtre, épaisse au milieu, rouge, pointillée sur les bords, était tremblotante. Un état typhoïde adynamique caractérisait cette nouvelle phase de la maladie.

Le bismuth pouvait modérer les évacuations alvines et les désinfecter, mais le malade ne le prenait qu'avec répugnance. La déglutition, du reste, s'accomplissait difficilement. Nous prescrivîmes alors quatre lavements par jour avec 10 grammes de sous-nitrate de bismuth pour chaque lavement dans très-peu de véhicule.

Dès le second jour, ces lavements étaient conservés deux heures; nous donnâmes alors un lavement toutes les trois heures, en tout 80 grammes de sous-nitrate de bismuth, plus 12 à 15 grammes

que le malade prenait en potion. Les selles se modifièrent sensiblement, devinrent moins fréquentes; les douleurs vives que le malade éprouvait à la région hypogastrique et à la région anale se dissipèrent en quelques jours. Pendant un mois, le bouillon et le vin ont constitué tout le régime, à cause de la gêne de la déglutition.

Vers la troisième semaine, le malade pouvait prendre 30 et même 40 grammes de sous-nitrate de bismuth en quatre doses ; les lavements furent réduits à deux... Bientôt il n'y eut plus que deux selles moulées par jour... Le malade supportait les ferrugineux, la noix vomique...

Nous l'envoyâmes en convalescence au camp Jacob, et un mois après il rentrait aux Saintes prendre part aux travaux de terrassement du fort Napoléon.

Inutile de dire que dans la première phase de la maladie d'Harengs, nous avions combattu rationnellement les symptômes observés, symptômes alarmants, tels que algidité, hémorrhagie, etc.

Pendant le quatrième trimestre, nous avons reçu de la Basse-Terre ou de la Pointe-à-Pitre douze malades atteints de dysenterie chronique. Chez neuf de ces malades nous avons employé le sous-nitrate de bismuth à haute dose : sept sont sortis guéris ; le huitième, guéri de sa dysenterie, a été retenu longtemps à l'hôpital par une complication grave (atteintes antérieures fréquentes de fièvre paludéenne; à l'hôpital des Saintes, deux accès pernicieux, revêtant la forme d'angine de poitrine). Le neuvième malade, enfin, n'a retiré du sous-nitrate de bismuth qu'un bénéfice de peu de durée; les selles diarrhéiques reparaissaient quelques jours après la cessation du médicament. Ce cas peut encore être rangé parmi les dysenteries chroniques, forme hépatique.

Le cas de dysenterie le plus grave, pendant ce trimestre, a été le suivant :

Obs. Baudoin, cuisinier de navire de commerce, est malade depuis deux ans. Ayant fait, pendant cet espace de temps, plusieurs voyages aux Antilles, ce marin, dont la santé ne se rétablissait jamais complétement en France, voyait son état s'aggraver pendant chaque séjour fait aux colonies... La dernière rechute a eu une complication fâcheuse : l'élément paludéen.

Après un séjour assez prolongé à l'hôpital de la Pointe-à-Pitre, aucune amélioration ne se produisant, le malade fut évacué sur l'hôpital des Saintes. La traversée seule mit ce malheureux en danger de mort... Après vingt-six heures d'exposition à la pluie et à l'eau de mer avec privation de toute boisson, de tout soin convenable, Baudoin arriva aux Saintes dans l'état suivant : pâleur remarquable de la peau et des muqueuses labiales et palpébrales; le malade offre l'aspect d'un cadavre, tant il est exsangue... Refroidissement des extrémités, pouls faible, irrégulier... Le malade

vomit le vin, l'eau rougie, supporte à peine quelques cuillerées de bouillon... Les selles ne peuvent être comptées, elles sont involontaires. Cet état d'affaiblissement, joint à un découragement extrême, dure trois jours; une fin prochaine était à craindre, soit par épuisement, soit par perforation intestinale, soit encore par une nouvelle manifestation de l'élément pernicieux.

Nous prescrivons d'emblée 30 grammes de sous-nitrate de bismuth; il y eut un peu de répugnance de la part du malade, mais au troisième jour, voyant son état s'améliorer, sa docilité fut plus grande. La dose de sous-nitrate fut successivement élevée jusqu'à 70 grammes. Sept jours après son arrivée à l'hôpital, Baudoin prenait le quart de ration, supportait le vin pour lequel il avait une répugnance extrême auparavant, et n'avait plus que trois à quatre selles noires, moulées.

Outre le sel de bismuth, Baudoin prenait le soir de 0gr,05 à 0gr,10 d'extrait gommeux d'opium, mais nous devons dire qu'à la Pointe-à-Pitre les opiacés seuls ou unis aux astringents avaient été impuissants à procurer au malade le moindre soulagement. Au dixième jour, Baudoin était à la demi-ration. Le sous-nitrate de bismuth fut réduit à la dose de 30, 20, 15 grammes et continué ainsi pendant deux semaines.

A l'opium nous substituâmes les gouttes noires anglaises, qui calmaient mieux que l'opium cette sensibilité douloureuse accusée par le malade pendant les digestions. Trente-huit jours après son arrivée aux Saintes, Baudoin était dans un état de convalescence franche, l'appétit était excellent, les selles normales... Les forces revenaient... Nous aurions voulu garder quelque temps encore le malade pour combattre cet état d'anémie si ancien... Nous voulions ensuite demander le rapatriement du malade, mais Baudoin refusa et quitta les Saintes pour aller exercer à la Pointe-à-Pitre sa profession de cuisinier. Il s'exposait ainsi de nouveau au miasme palustre et allait s'anémier davantage devant les fourneaux.

En même temps que nous traitions à l'hôpital les dysentériques par le sous-nitrate de bismuth, nous soumettions à la même médication plusieurs malades de la dépendance, atteints de la dysenterie, et d'autres malades des divers points de la colonie; nous avons eu chez ces malades de nombreux succès.

De cette revue, nous pouvons être autorisé à conclure que le sous-nitrate de bismuth guérit par lui-même la dysenterie grave des pays chauds, telle qu'on l'observe aux Antilles, et permet aux malades de séjourner encore impunément dans ces pays. Nous parlons surtout ici des malades dont la position sociale est aisée et qui observent avec un bon régime les lois de l'hygiène. Le soldat n'est malheureusement pas toujours dans ces conditions. En sortant des hôpitaux où il reçoit une nourriture appropriée à son état, il retrouve la nourriture assez grossière de l'ordinaire et les fatigues du

métier. Ajoutons à cela les excès alcooliques contre lesquels son éducation ne sait pas toujours le garantir. Le tafia, en effet, comme le dit M. Dutroulau, peut rarement être regardé comme cause d'une première atteinte, mais son action n'est pas douteuse sur les rechutes et les récidives.

Aucun médicament ne nous a donné la proportion de succès que nous devons au sous-nitrate de bismuth; aucun n'est plus facile à administrer, aucun n'a moins de danger. Nous n'avons qu'un regret, c'est de n'en avoir pas eu à discrétion pour l'administrer à tout homme atteint de dysenterie ou de diarrhée et le continuer chez tous les malades jusqu'à guérison complète.

En même temps que nous poursuivions nos essais, quelques-uns de nos collègues ou de nos chefs avaient aussi employé le sous-nitrate de bismuth, mais avec des résultats moins satisfaisants que les nôtres. Disons que jamais ces médecins n'avaient cru devoir se conformer strictement aux indications posées par M. Monneret. Le sous-nitrate a été donné timidement; rarement on dépassait 25 à 30 grammes, doses que nous regardons très-souvent comme insuffisantes; en outre l'usage du bismuth n'était pas assez longtemps continué. C'est de l'aveu même de quelques-uns de nos collègues que nous proclamons cette cause d'insuccès.

Le sous-nitrate ne guérit pas toujours à la dose de 30 grammes : d'accord, mais alors, c'est que vous n'avez pas proportionné les doses à l'étendue du mal. Pourquoi cette timidité avec un médicament aussi inoffensif? Conformez-vous aux indications du maître, dépassez-les plutôt que de rester au-dessous, et alors proclamez vos résultats, vous les trouverez meilleurs. Quand on veut juger une médication, il ne faut pas faire de l'indépendance thérapeutique, ou bien alors, devant des résultats contradictoires, n'incriminons pas la méthode qu'on a mal suivie.

Quand un homme éminent ou un praticien recommandable est parvenu après de longs tâtonnements, après des essais longtemps poursuivis, à fixer une médication, il n'est pas permis de la modifier avant d'avoir prouvé qu'on peut faire mieux. Pour cela il faut expérimenter d'abord comme lui, et non pas dans une circonstance, mais dans plusieurs, pour pouvoir tirer d'un groupe d'observations des conclusions identiques ou différentes. Telle n'a pas été, nous le pensons, la conduite tenue dans la médication par le sous-nitrate de bismuth.

C'est cette indépendance thérapeutique qui a nui pendant si longtemps à la vulgarisation de la médication arsenicale par la méthode

Boudin, comme elle nuit à la vulgarisation de la médication bismuthique, car le sous-nitrate est maintenant livré assez pur et son emploi à haute dose n'effraye plus personne.

Le sous-nitrate de bismuth, dira-t-on, ne guérit pas toujours et des récidives peuvent survenir avec son emploi comme avec d'autres médicaments. — D'accord également, mais d'abord quel médicament est infaillible? et ensuite fait-on la part quelquefois d'une interruption trop prompte dans l'administration du sous-sel, et souvent des écarts de régime ou de mille influences qui provoquent les récidives d'une affection aussi tenace que la dysenterie chronique des pays chauds?

Le sous-nitrate, ajoutera-t-on encore, n'ayant qu'une action locale, ne peut agir que sur les lésions intestinales sans atteindre le principe infectieux du mal. Mais ce principe infectieux, les autres médicaments, l'opium, les astringents l'éliminent-ils davantage? Non; les uns font tomber l'orgasme inflammatoire, les autres modifient les sécrétions; d'autres, en se combinant avec elles et en protégeant les muqueuses, les modifient également. Parmi ces derniers, le sous-nitrate est, à notre avis, le plus efficace. L'ulcération n'est pas toute la maladie assurément, mais c'est une de ses manifestations terribles, souvent une porte à la mort, toujours un obstacle à l'alimentation et à la guérison. N'est-ce rien que de le guérir et d'arrêter à temps ce dangereux autophagisme qui emporte les malades? Avec l'alimentation les forces reviennent; cette réaction de la vitalité est à elle seule la guérison, car c'est par une nutrition active, par un véritable entraînement que l'individu pourra éliminer ce principe infectieux, cause de la maladie.

Quelle que soit la doctrine que l'on adopte pour la localisation de ce principe dans la trame organique, il est évident que son action délétère se fait sentir sur une des parties des centres cérébro-rachidiens, par l'intermédiaire de l'absorption capillaire. L'innervation perturbée réagit à son tour sur la nutrition, d'où l'anémie rapide des dysentériques, cachexie qui a plus d'un rapport avec la cachexie paludéenne. Alors surviennent souvent des complications sérieuses, telles que névroses rebelles, paralysies, hydropisies.

Tout moyen qui permettra d'activer la nutrition pervertie permettra aussi au sang de rétablir l'innervation dans son rhythme normal en favorisant l'élimination du principe infectieux, du miasme générateur de la maladie.

Il faudrait donc pouvoir alimenter. Or, nous le répétons, le sous-nitrate de bismuth seul nous a permis jusqu'ici, dès les premiers

jours de son administration, d'alimenter les malades, d'abord légèrement, puis progressivement, à mesure que les selles devenaient consistantes et que la sensibilité abdominale disparaissait.

Aussi, toutes les fois que dans une fièvre grave ou une maladie organique arrivée à la période cachectique nous avons à combattre la putridité des selles et à protéger des ulcérations dont l'existence est certaine ou probable, nous avons recours au sous-nitrate de bismuth à doses plus ou moins élevées, le plus souvent 25 à 30 grammes et cela pendant longtemps. A ce prix seulement on obtient du médicament tout ce qu'il peut donner. C'est surtout dans les diarrhées des phthisiques que l'on comprend la persévérance dans le traitement. En effet, la destruction organique marche toujours; par elle-même, elle ramène ces déperditions intestinales excessives, et le sous-nitrate est le palliatif par excellence de cette manifestation grave.

Il est une affection de l'estomac pourtant, contre laquelle le sous-nitrate doit avoir une action réellement efficace, peut-être même curative, nous voulons parler de l'ulcère de cet organe. Dans cette affection, le sous-sel doit agir comme il agit à l'extérieur sur une plaie, et, à l'intérieur, sur les ulcérations de l'intestin grêle et du gros intestin. Il permet d'alimenter légèrement le malade : en effet, il émousse la sensibilité gastrique, arrête les vomissements qui épuisent et mènent au marasme les malheureux atteints de cette maladie; en outre, son action topique, protectrice dans la plaie gastrique, en favorise la réparation.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des grossesses compliquées et de leur traitement (1);

Par M. le docteur Guéniot, chirurgien des hôpitaux.

§ 1. — *Caractères physiques et nature des tumeurs qui compliquent la grossesse.* — Des tumeurs nombreuses, très-différentes de nature et très-variées dans leurs caractères physiques, peuvent compliquer la grossesse simple ou composée. Ce n'est pas ici le lieu d'en faire, avec détail, l'histoire pathologique; mais il est nécessaire d'en esquisser au moins les traits généraux, et d'indiquer briève-

(1) Suite, voir la 6e livraison, p. 253.

ment ce qui a rapport au nombre, au siége, au volume et à la consistance de ces tumeurs, ainsi qu'à leur degré de fixité et à la constitution intime de leur substance.

a. Relativement au nombre, il me suffit de signaler son extrême diversité selon les cas, diversité qui le soustrait à toute détermination précise. Tantôt, en effet, la grossesse coexiste avec une seule tumeur, et tantôt, ce qui est plus rare, deux ou plusieurs masses morbides la compliquent en même temps. Il peut même, comme je l'ai vu, se rencontrer dans la matrice gravide et dans son voisinage jusqu'à vingt tumeurs parfaitement distinctes.

Ces derniers faits, très-exceptionnels, s'observent surtout lorsqu'il s'agit de corps fibreux qui parfois pullulent dans le tissu utérin.

b. Les tumeurs qui compliquent la grossesse offrent également une grande variété dans leur siége anatomique. Les différentes parties de la matrice, le corps, le col, les couches superficielles et profondes de cet organe, peuvent en recéler de diverse nature ou leur servir de point d'implantation. Il en est de même des ovaires, des trompes, de la partie supérieure du vagin et, beaucoup plus rarement, du rectum et de la vessie. Le péritoine et les viscères abdominaux, les muscles iliaques et psoas, les gros vaisseaux de la région, le tissu cellulaire et les parois osseuses du pelvis sont aussi dans le même cas. D'où il résulte que tous les organes ou les tissus qui environnent la matrice, et la matrice elle-même, sont susceptibles de devenir le point de départ de tumeurs pathologiques et de constituer ainsi des grossesses compliquées. En pratique, il importe d'avoir toujours ce fait bien présent à l'esprit, afin de ne pas s'arrêter, dans certains cas de grossesse morbide, à un examen superficiel du ventre qui ne pourrait déceler les tumeurs profondément situées.

c. Quant au volume des tumeurs, il se présente à tous les degrés, depuis celui d'une noix ou d'un œuf de poule, comme on le voit généralement dans les cancers utérins, jusqu'à celui d'une petite barrique, ainsi qu'on l'observe dans certains kystes de l'ovaire et dans l'ascite. Les corps fibreux de la matrice offrent communément un volume intermédiaire, tantôt semblable à celui d'une orange, d'un œuf de dinde ou d'une tête de fœtus, tantôt très-supérieur à ces dimensions et atteignant la grosseur du foie ou de la tête d'un adulte. — La forme de ces diverses tumeurs n'est d'ailleurs pas moins variable que leur volume. Aplatie, cylindroïde, sphérique ou conoïde chez les unes, elle revêt chez d'autres les aspects les plus

bizarres, devient inégale, irrégulière et semble s'approprier à l'espace laissé libre par les organes refoulés.

d. Tantôt liquides ou molles, tantôt fermes ou solides, d'autres fois d'une dureté osseuse ou au contraire élastiques et gazeuses, les tumeurs en connexion avec la matrice gravide peuvent offrir tous les degrés de consistance qu'on remarque dans ces produits morbides en dehors de la gestation. Cette circonstance, très-importante au point de vue du pronostic, ne l'est pas moins, comme nous le verrons, quant aux indications thérapeutiques.

e. Les tumeurs dont il s'agit offrent également des variétés nombreuses sous le rapport de leur fixité. Tandis que les unes, incluses dans l'épaisseur des organes ou largement implantées à leur surface, sont ordinairement immobiles ou ne jouissent d'autres mouvements que de ceux qui appartiennent en propre aux organes affectés, les autres au contraire sont susceptibles de déplacement, grâce à l'existence d'une étroite insertion ou d'un long pédicule qui donne à leur masse une certaine indépendance.

f. Enfin, cette diversité si grande dans les caractères physiques des tumeurs qui compliquent la gestation, se retrouve essentiellement dans la nature ou constitution intime de ces dernières. C'est ainsi qu'on rencontre, parmi ces produits morbides, des tumeurs fibreuses, épithéliales, carcinomateuses et calcaires, des enchondrômes, des kystes solides, liquides et hydatiques, des abcès par congestion, des tumeurs herniaires, les diverses collections liquides de l'abdomen, les tumeurs dites par inclusion et, pour clore cette énumération, les kystes de grossesse extra-utérine ainsi que ceux qui succèdent au passage de l'œuf dans le péritoine après rupture de la matrice.

Tels sont, dans un rapide exposé, les caractères généraux des tumeurs compliquant la grossesse, caractères généraux qu'il est essentiel de connaître avec toutes leurs variétés, afin de les rechercher constamment en clinique et de pouvoir déduire de leur rigoureuse appréciation la formule du pronostic en même temps que les règles du traitement.

§ II. — *Fréquence des grossesses compliquées.* — L'étude générale des grossesses compliquées a été jusqu'ici trop négligée pour que la question de leur fréquence relative ait jamais préoccupé les observateurs. Aussi ne trouve-t-on dans la science aucun document propre à fixer les idées sur ce point. Il me serait donc difficile d'indiquer la proportion exacte de ces gestations accidentées par

rapport aux gestations ordinaires. Toutefois, malgré l'exiguïté des nombres et la médiocre importance de la question au point de vue pratique, il ne sera peut-être pas sans intérêt de consigner ici le résultat de mon observation personnelle.

Sur environ quatre mille grossesses et accouchements dont j'ai suivi les phases ou sur lesquels j'ai pu être directement renseigné, soit pendant mon internat dans les hôpitaux et à la Maternité, soit pendant mon clinicat à la Faculté de médecine et en ville, il s'est trouvé douze grossesses compliquées qui se répartissent ainsi, quant à la nature des tumeurs :

Corps fibreux de l'utérus........................	4 fois.
Cancer du col utérin............................	3 —
Kyste de l'ovaire...............................	2 —
Ascite..	2 —
Kyste hydatique de la cloison recto-vaginale........	1 —

D'après ces chiffres, on voit que sur mille grossesses il y en aurait trois de compliquées, ou une sur 333. Mais je me hâte d'ajouter que cette proportion est certainement très-exagérée; car, plusieurs des faits inscrits dans ce tableau ne se sont offerts à mon étude qu'en raison même de l'existence de leur difficulté pratique ou de leur intérêt clinique. C'est ainsi que, sur quatre femmes affectées de tumeurs fibreuses, trois furent envoyées à la clinique d'accouchement par le seul motif qu'il s'agissait de grossesses compliquées. Il en est de même d'une malade enceinte que M. Velpeau voulut bien me faire examiner et qui lui avait été adressée de la province, parce que la grossesse coexistait avec un énorme kyste de l'ovaire. Les gestations compliquées sont donc heureusement moins communes que ne le représente mon tableau; et si, après avoir éliminé autant que possible la cause d'erreur que je viens de signaler, il me fallait traduire en chiffres mon impression, je dirais volontiers que, sur sept à huit cents grossesses, il n'en est pas plus d'une qui soit compliquée.

Cette rareté bien réelle peut, d'ailleurs, trouver une explication satisfaisante. Si l'on considère que la grossesse compliquée suppose toujours une lésion de l'appareil utéro-ovarien ou des organes qui l'avoisinent, on comprendra sans peine que la conception, en pareil cas, s'effectue très-difficilement ou que la gestation, interrompue dès ses débuts, dissimule sous la forme de perte sanguine ses quelques semaines d'existence. On serait, au contraire, étonné qu'il en fût autrement, et ce n'est pas sans une grande surprise que l'on observe parfois des grossesses poursuivant leur cours jusqu'à terme,

malgré la présence de tumeurs volumineuses qui lèsent profondément la matrice.

Quant à la fréquence relative des diverses espèces de tumeurs qui peuvent compliquer la grossesse, je crois que le tableau ci-dessus exprime assez exactement la vérité, c'est-à-dire que les corps fibreux et les cancroïdes de l'utérus s'observent de beaucoup le plus communément. Puis viennent les kystes de l'ovaire et l'ascite, après lesquels on ne constate plus qu'à titre d'exceptions très-rares les tumeurs d'autre nature que j'ai mentionnées dans le paragraphe précédent.

§ 3. *Symptômes et marche.* — Les grossesses compliquées présentent-elles dans leur cours une physionomie spéciale, des phénomènes particuliers qui les différencient nettement des grossesses ordinaires ? Assurément on pourrait croire, au premier examen, que cette question doit être toujours résolue par l'affirmative. Et l'on serait d'autant plus fondé à admettre cette opinion que la matrice, devenant plus impressionnable en état gravide qu'en temps de vacuité, paraît dès lors mieux disposée à réagir contre toute irritation intérieure ou de voisinage. Cependant, chose singulière, il est des femmes affectées de tumeurs volumineuses de l'abdomen ou des organes pelviens qui, pendant toutes les phases de leur grossesse, n'accusent aucun symptôme douloureux ou fonctionnel propre à éveiller l'attention du chirurgien. Pour elles, il semble que la complication n'existe pas, ou plutôt la gêne et les troubles que provoque la tumeur sont simplement attribués à une gestation pénible. On conçoit sans peine tout ce que peut occasionner de fâcheux cette existence méconnue et en quelque sorte latente de la lésion. Celle-ci n'étant le plus souvent constatée qu'au terme de la grossesse et alors que le travail est déjà commencé, se soustrait conséquemment à toute thérapeutique préventive, c'est-à-dire à tous les moyens palliatifs ou curatifs que le médecin eût pu diriger contre elle en vue de l'accouchement. Le travail subit dès lors toutes les lenteurs, et la patiente tous les dangers qu'une telle complication est susceptible de produire.

Les exemples de ce genre sont loin d'être rares ; et pour s'en convaincre, il suffit de consulter les observations de dystocie par obstruction du bassin, qu'on trouve partout dans la science. Sans sortir des faits que j'ai moi-même constatés, il en est plusieurs qui ont offert cette particularité.

Obs. I. Dans un cas qui a été sommairement relaté, p. 61 de la

Gazette des hôpitaux (année 1862), il s'agissait d'une femme multipare, âgée de trente-deux ans, laquelle entra à la Clinique d'accouchement, vers huit mois et demi de grossesse, pour une perte abondante due à l'insertion centrale du placenta sur le col utérin. Le travail était commencé et la dilatation de l'orifice atteignait l'étendue d'une pièce de 5 francs. Jusque-là, cependant, personne ne soupçonnait l'existence d'un corps fibreux dans la matrice. Ce ne fut que pendant les manœuvres d'une version, devenue promptement nécessaire, que la tumeur se révéla à l'opérateur. La malade, épuisée par l'hémorrhagie, succomba peu d'heures après la *délivrance*, et *l'autopsie* permit de constater, *outre* la réalité d'une insertion vicieuse du placenta, la présence d'un corps fibreux, gros comme un œuf de dinde, dans la couche sous-muqueuse de l'utérus. Cette tumeur, située immédiatement au-dessus du col, avait causé de graves difficultés dans la version, et elle coexistait avec cinq ou six petits corps de même nature disséminés dans le reste de l'organe.

Dans un autre cas, que son extrême rareté (1) m'engage à rapporter avec plus de détails, l'existence de la tumeur était complétement ignorée de la malade, et elle ne fut décélée que pendant le travail de l'accouchement.

Obs. II. *Grossesse compliquée de tumeur hydatique.* — Le 11 janvier 1863, mon ami le docteur Maurice Raynaud me pria d'examiner et de prendre sous ma direction une femme en état de parturition, qui était entrée la veille dans le service de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. Cette femme, âgée de vingt-sept ans, bien conformée et jouissant d'une bonne santé habituelle, avait eu déjà deux grossesses qui s'étaient terminées l'une et l'autre facilement, la première à sept mois et la seconde à terme, après deux heures de travail seulement. Devenue enceinte pour la troisième fois, après plus de deux ans de vacuité, elle n'éprouva, durant sa grossesse, aucune gêne notable qui pût faire présumer l'existence d'une complication. A part quelques vomissements pendant les deux premiers mois, elle traversa tout le temps de la gestation avec une santé excellente. Les garde-robes furent toujours normales et la miction, quoique plus fréquente et plus abondante, ne fut jamais douloureuse. Peu de jours avant son entrée à l'hôpital, la malade avait eu encore des rapports avec son mari, sans qu'il en résultât la moindre gêne et sans que ni l'un ni l'autre soupçonnât quelque chose d'anormal.

Le travail s'étant déclaré le 10 janvier, vers sept heures du soir, M. Hardy examina, dès le lendemain, la parturiente, et trouva, dans le haut du vagin, une tumeur volumineuse qu'il prit d'abord, en raison de sa forme sphérique et de sa consistance élastique, pour

(1) Je ne connais qu'un seul fait semblable. La tumeur très-volumineuse et très-complexe nécessita l'opération césarienne; elle était composée d'une multitude d'hydatides... L'observation, qui appartient au docteur Meyer, se trouve dans la thèse de Puchelt : *De tumoribus in pelvi*, etc.

la poche membraneuse d'un second fœtus. Mais après une exploration plus complète, il ne tarda pas à reconnaître que la grossesse était simple et non composée, que l'œuf déjà rompu avait perdu une partie de son liquide et, enfin, que la tumeur était d'origine pathologique. M. Raynaud examina à son tour et arriva aux mêmes conclusions que M. Hardy. Mais quelle était la nature de cette tumeur qui commençait à entraver le travail, et surtout que convenait-il de faire en telle circonstance? C'est ce qu'il s'agissait de déterminer, et c'est alors que ces messieurs voulurent bien me confier la direction de l'accouchement.

Il était trois heures et demie, le 11, quand je vis la malade pour la première fois. Le travail durait depuis vingt heures; les contractions utérines, de moyenne intensité, revenaient toutes les six à huit minutes et les eaux étaient en partie écoulées. L'orifice utérin, large comme une pièce de 5 francs, avait une forme elliptique à grand diamètre transversal. Il était assez élevé et fortement repoussé en avant par la tumeur. On pouvait néanmoins percevoir le crâne de l'enfant qui était retenu au-dessus du détroit abdominal et se présentait en première position. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à gauche et en avant.

Quant à la tumeur, elle siégeait dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, commençant vers le milieu de la hauteur de cette cloison et s'élevant à un niveau inaccessible au doigt. Très-exactement médiane, explorable à la fois par le vagin et le rectum, elle échappait à tout examen dans sa partie supérieure. Plus volumineuse que le poing et régulièrement sphérique, elle repoussait en avant la muqueuse vaginale qui glissait à sa surface, et en arrière, la paroi rectale qui était aussi restée indépendante. Sa consistance était ferme, élastique, semblable à celle d'une vessie fortement distendue. Elle n'était ni douloureuse, ni fluctuante, ni pulsatile, et remplissait en grande partie l'excavation pelvienne, ne laissant entre sa face antérieure et les pubis qu'un intervalle d'environ 4 centimètres. Enfin, aucun sillon ou sinus ne séparait la paroi antérieure de cette tumeur du bord postérieur de l'orifice utérin, de telle sorte que le doigt explorateur passait d'une façon continue du vagin dans le segment inférieur de la matrice.

En présence de ces caractères, surtout de cette sphéricité et de cette régularité parfaites de la tumeur, de même que de sa rénitence particulière et de son élasticité, il ne me parut pas douteux qu'il s'agissait d'une tumeur liquide. Aussi, bien que je ne pusse faire que des conjectures sur sa nature, j'étais à la rigueur suffisamment renseigné au point de vue des indications obstétricales. L'état général de la femme étant toujours très-satisfaisant et le fœtus ne paraissant jusque-là nullement souffrir, je conseillai de différer toute intervention, afin de laisser encore à la nature la faculté d'agir efficacement.

A huit heures, malgré la continuation des douleurs, le travail n'avait pas avancé et les choses étaient exactement dans le même état qu'auparavant, avec de la fatigue et des craintes de plus du côté de la patiente. J'invitai alors l'interne de garde, M. Gingeot,

à ponctionner la tumeur. L'opération fut faite, à travers le vagin, au moyen d'un trocart fin, et donna lieu à l'issue de 95 grammes d'un liquide incolore, clair comme de l'eau de roche. Ce dernier cessant de couler, quoique la tumeur n'eût diminué que d'environ le tiers de son volume, je voulus en rechercher la cause et fus bientôt frappé d'un frémissement particulier très-accusé qui était transmis à ma main par la canule. Ces vibrations, extrêmement sensibles, révélaient, d'une façon non douteuse, la nature de la tumeur : c'était bien, en effet, un frémissement hydatique et non un frémissement vasculaire, ainsi que nous n'eûmes pas de peine à nous en assurer, M. Gingeot et moi. Je ponctionnai de nouveau, séance tenante, avec un trocart à hydrocèle, mais ne pus rien obtenir, malgré la pénétration bien constatée de la canule jusque dans le kyste. La canule retirée, nous reconnûmes qu'elle était obstruée par deux vésicules hydatiques qui, placées dans le liquide précédemment extrait, s'étalèrent de façon à présenter chacune le volume d'une aveline.

Après une courte interruption, le travail ayant repris son cours et la tête fœtale paraissant franchir le détroit supérieur en déprimant la tumeur amoindrie, je m'abstins de toute manœuvre et abandonnai de nouveau le travail à la nature.

Enfin, le 12, à dix heures du matin, près de quarante heures après le début du travail, la tête du fœtus n'étant encore que partiellement engagée dans l'excavation et la femme se trouvant fatiguée de la prolongation des douleurs, il me parut opportun de terminer l'accouchement. Sur le conseil de M. Hardy, la patiente fut chloroformisée; puis, M. Raynaud retira, à l'aide du forceps, et sans difficulté notable, un garçon bien conformé et à terme, dont les épaules furent un instant arrêtées par la tumeur, et nécessitèrent, pour leur dégagement, quelques tractions énergiques.

La délivrance et les suites de couches furent naturelles; la tumeur ne provoqua aucun accident, et la femme sortit de l'hôpital avec son enfant vers le dixième jour après l'accouchement.

J'ai dû relater intégralement l'observation précédente afin de ne pas en scinder les détails; mais il importe seulement de remarquer ici que la tumeur hydatique est restée latente et complétement ignorée jusqu'au moment du travail. C'est là l'unique point sur lequel je désire présentement appeler l'attention.

Ainsi, il n'est pas douteux que certains corps fibreux de l'utérus, des kystes hydatiques et autres tumeurs pathologiques, peuvent compliquer la grossesse, sans que leur présence détermine, dans le cours de celle-ci, des accidents ou des troubles fonctionnels qui obligent les malades à réclamer les secours de la chirurgie. Mais je me hâte d'ajouter qu'une telle immunité est purement exceptionnelle. Le plus souvent, au contraire, les grossesses compliquées sont douloureuses et péniblement supportées; parfois même elles

présentent des symptômes qui compromettent gravement l'existence de la mère ou de l'enfant.

Dans ces derniers cas, la grossesse et la tumeur exercent, d'ordinaire réciproquement, l'une sur l'autre une influence des plus fâcheuses. Celle des tumeurs sur la gestation se traduit alors par des troubles particuliers, soit dans l'état général de la femme, soit dans les organes en connexion avec les tumeurs. C'est ainsi que les malades accusent de la faiblesse, de l'apathie, du découragement, de l'insomnie, et, après les exercices les plus légers, un sentiment de fatigue insolite. L'anémie est souvent plus prononcée et les vomissements plus persistants. Les congestions vers la tête, le cœur et les poumons, de même que les vertiges, les palpitations et l'oppression qui en résultent sont plus constantes, plus accentuées et plus tenaces que dans les grossesses ordinaires; la femme, en un mot, offre les apparences d'une convalescente ou d'une valétudinaire, quand elle n'est pas manifestement en état de complète impuissance ou de maladie aiguë confirmée.

L'influence locale des tumeurs n'est pas moins évidente ni moins variable que leur retentissement sur l'ensemble de l'économie. Selon leur nature, leur période d'évolution et leurs caractères physiques, on les voit exercer sur la matrice, sur les organes voisins et sur l'œuf, une action nuisible, tantôt faible ou modérée, tantôt au contraire très-prononcée ou tout à fait pernicieuse. Le globe utérin, par exemple, est souvent dévié, refoulé, aplati ou allongé, comme dans certaines grossesses compliquées de tumeurs ovariques, d'ascite, de kystes fœtaux de l'abdomen, etc. Ses parois sont épaissies, son tissu altéré, sa cavité rétrécie et déformée par les tumeurs interstitielles ou sessiles. Son col est parfois déplacé, infléchi sur le corps; on le rencontre aussi plus volumineux, plus mou, plus ouvert, plus promptement modifié, en un mot, que dans l'état gravide normal. Le vagin, pareillement, peut se trouver allongé, aplati, dévié, ou raccourci et presque effacé. La vessie, l'urèthre, le rectum sont comprimés, tiraillés et entravés dans leurs fonctions. Il existe des envies fréquentes d'uriner, de la douleur à la miction, une constipation opiniâtre et des épreintes fatigantes. Les hémorrhoïdes, les varices, l'œdème des grandes lèvres et des membres inférieurs, le prolapsus du vagin, de la vessie et du col utérin, la compression et le refoulement des viscères abdominaux, la distension forcée et l'éraillement des parois du ventre sont encore des symptômes qu'il n'est pas rare d'observer, à un degré inaccoutumé, dans les gestations compliquées.

Enfin, l'œuf lui-même peut être dangereusement influencé par la tumeur. Le placenta, en connexion intime avec la matrice, subit souvent les mêmes congestions, les mêmes atteintes et les mêmes troubles circulatoires que cet organe. De là, des altérations de forme, des décollements, ou plus souvent des hémorrhagies interstitielles qui compromettent ou brisent le cours de la grossesse. Dans plusieurs cas, l'insertion du placenta sur un polype ou sur le col utérin dégénéré, a provoqué, après l'accouchement, des hémorrhagies graves ou mortelles. Quant au fœtus, si généralement il n'est pas atteint dans son développement et offre en naissant toutes les apparences de la santé, il arrive aussi que, gêné dans ses mouvements par le voisinage des tumeurs, et appropriant sa forme à celle de la cavité utérine altérée, il se présente vicieusement au détroit abdominal du bassin et devient ainsi la source de nouvelles difficultés pendant l'accouchement.

Après cet exposé des inconvénients et des dangers que les tumeurs font subir à la grossesse, on conçoit sans peine comment celle-ci est souvent arrêtée dans son cours et se termine communément d'une façon prématurée. Sans doute, ici encore la nature, le volume, le siége, etc., des tumeurs ont une importance considérable relativement à l'influence que ces dernières exercent sur la marche de la gestation. Mais, d'une manière générale, on peut appliquer aux diverses espèces de tumeurs ce qui a été dit spécialement des corps fibreux de la matrice, à savoir, qu'ils diminuent le nombre des grossesses, tandis qu'ils augmentent celui des avortements et des accouchements prématurés.

Si les tumeurs qui compliquent la gestation produisent fréquemment sur elle une action nuisible, la gestation, à son tour, exerce parfois sur les tumeurs une influence des plus fâcheuses. D'après certaines observations, en effet, la grossesse aurait pour conséquence d'enflammer, de ramollir et de faire suppurer les tumeurs abdominales et pelviennes, ou tout au moins de les prédisposer fortement à ces sortes d'altérations. En augmentant leur vascularisation, elle activerait leur développement, hâterait leur évolution, rapprocherait le terme de leur maturité et préparerait, pour le temps des couches, l'explosion d'accidents graves et le plus souvent mortels. Cette redoutable influence de la grossesse sur les tumeurs serait, on le conçoit, surtout à craindre lorsque la gestation se répète plusieurs fois à de courts intervalles.

Je ne veux pas m'étendre ici sur ce point particulier et très-important de physiologie pathologique, car j'aurai l'occasion d'y re-

venir en détail à propos du traitement. Mais il convient de rappeler dès à présent que le docteur Ashwel, de Londres, a le premier posé et tenté de résoudre le problème thérapeutique qui en découle, et que, depuis lors, un certain nombre d'observations, la plupart éparses dans les divers recueils, sont venues confirmer, au moins en partie, les vues de l'accoucheur anglais. J'indiquerai ultérieurement quelques-uns de ces faits.

Pour terminer ce paragraphe, je me borne à relater brièvement, comme exemples de grossesse compliquée, les deux cas suivants que j'ai moi-même observés.

Obs. III. *Grossesse compliquée de kyste de l'ovaire.* — Une brodeuse, âgée de vingt et un ans, primipare, bien conformée, et enceinte d'environ sept mois, entre à la Clinique d'accouchements, le 24 novembre 1864. Cette jeune fille, habituellement maladive dans son enfance, s'est aperçue, il y a quatre ans, que son ventre commençait à grossir, et quelque temps après, elle fut prise d'attaques d'hystérie, qui, depuis lors, se sont reproduites généralement trois fois par mois. Ces dernières, toutefois, sont devenues plus rares pendant la grossesse; mais le ventre n'a pas cessé jusqu'ici de se développer.

Aujourd'hui, l'abdomen, très-volumineux, mesure, dans sa plus grande circonférence, $1^{m},06$, et sa paroi antérieure, très-amincie par la distension, est sillonnée de nombreuses vergetures. On reconnaît à la palpation que ce développement exagéré est dû à l'existence de deux tumeurs indépendantes l'une de l'autre, quoique contiguës, et même se déprimant mutuellement. La plus volumineuse des deux occupe les deux tiers de la fosse iliaque gauche, le flanc du même côté et toute la largeur du ventre dans la région sus-ombilicale. Elle est nettement fluctuante, molle, à paroi généralement mince et très-dépressible, etc. Bref, il s'agit bien évidemment d'une tumeur liquide, d'un kyste de l'ovaire, et probablement de l'ovaire gauche. L'autre tumeur, formée par la matrice, est inclinée à droite et occupe l'hypogastre, la fosse iliaque droite et le flanc correspondant. Elle remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, déprime manifestement le kyste, dont elle se coiffe en quelque sorte, et présente des parois souples qui permettent de percevoir les divers mouvements du fœtus. De temps en temps, pendant l'exploration, la matrice se durcit, se tend, s'érige et forme un relief très-sensible à la vue, ce qui la distingue nettement de la tumeur ovarique, restée molle et dépressible.

Par le toucher vaginal, on trouve la tête fœtale recouverte du segment inférieur de la matrice et occupant l'excavation du bassin. Le col utérin, fortement incliné en arrière, offre une mollesse normale peut-être exagérée, tandis que sa longueur paraît plutôt diminuée. Malgré l'état de primiparité, il est ouvert à son orifice externe. Quant à la tumeur, elle n'est nullement accessible par le vagin.

Jusqu'ici la malade a été peu influencée dans son état général. Elle est sans fièvre, conserve de l'appétit, digère assez facilement et ne se trouve que médiocrement oppressée; mais elle souffre beaucoup du poids de la tumeur et de la distension extrême de l'abdomen; elle éprouve de vives douleurs dans les flancs, surtout du côté droit, et se voit réduite à l'impuissance, obligée qu'elle est de garder le repos horizontal. C'est dans ces conditions qu'elle demande à sortir de l'hôpital, le 1er décembre, et rentre, huit jours après, avec une bronchite légère et un malaise de plus en plus prononcé.

Le 24 décembre, elle se plaint d'une névralgie faciale très-intense, pour laquelle un vésicatoire volant est appliqué à la tempe droite, et le soir du même jour, le travail se déclare prématurément à huit mois et une semaine de grossesse environ.

Les contractions de la matrice furent assez rapprochées et la dilatation de l'orifice s'opéra régulièrement. Quant aux efforts d'expulsion, quoique visiblement entravés par la présence de la tumeur, ils suffirent néanmoins à terminer l'accouchement sans aucun secours. L'enfant, du sexe féminin, naquit en bon état; il était petit et ne pesait que 2,400 grammes. La délivrance fut naturelle.

Le travail avait duré en tout treize heures et demie; à sa suite, la peau de la patiente resta fraîche et le pouls sans accélération anormale. L'utérus, comprimé par le poids du kyste, disparut en grande partie dans l'excavation pelvienne.

Pendant les trois premiers jours tout alla pour le mieux; mais le 27 décembre, la névralgie faciale reparut, le ventre devint sensible à la pression et bientôt des symptômes graves d'inflammation abdominale se manifestèrent. La tumeur toutefois parut rester étrangère aux désordres, qui finalement entraînèrent la mort. Celle-ci eut lieu le 22 janvier suivant, c'est-à-dire près d'un mois après l'accouchement.

A l'autopsie, je trouvai un kyste très-volumineux de l'ovaire gauche, lequel adhérait dans une grande étendue à la paroi abdominale antérieure, ainsi qu'au bord libre de l'épiploon, aux annexes de l'utérus et à l'utérus lui-même. Son enveloppe, d'épaisseur inégale, offrait en divers points un grand nombre de petits kystes les uns intersticiels, les autres implantés sur la face interne. Il existait, en même temps, une collection purulente dans le psoas gauche et un abcès dans le ligament large droit. L'utérus, très-petit, n'offrant que le volume d'un œuf de poule, était très-congestionné et rouge à la coupe. Quant au péritoine, il présentait des traces de légère inflammation et renfermait une faible quantité de liquide roussâtre. Mais on ne voyait nulle part d'adhérences, de pseudo-membranes ou d'agglutinations récentes. Toutes celles que l'on rencontrait étaient solides et paraissaient de date ancienne. Les autres viscères étaient saines.

Dans cette observation, comme on le voit, M. Depaul, qui avait la direction de la malade, s'abstint de toute thérapeutique propre à la grossesse. La tumeur, entièrement située au-dessus du détroit

supérieur, ne pouvait entraver qu'indirectement l'expulsion de l'enfant, et une simple application de forceps eût été suffisante en cas de nécessité. Mais l'accouchement fut prématuré et se termina spontanément, grâce sans doute à des modifications du col utérin plus hâtives que dans les grossesses ordinaires. — La tumeur semble être restée étrangère aux accidents qui ont entraîné la mort. Toutefois il est permis de penser que la pression exercée par elle sur le psoas gauche et sur les organes génitaux internes n'a pas été absolument sans influence sur l'inflammation suppurée de ces parties. Enfin, les adhérences très-nombreuses de la matrice et de ses annexes à la paroi du kyste font comprendre comment, dans certains cas, la stérilité est une conséquence obligée des désordres qu'entraînent les tumeurs dans l'appareil utéro-ovarien. En ce qui concerne le fait actuel, il est probable que la fixité et la situation anormale des organes internes de la génération dataient d'une époque postérieure à la conception, quoique antérieure à l'accouchement.

Obs. IV. — *Grossesse compliquée de cancroïde du col utérin.* — Le 28 janvier 1865, une femme de trente-cinq ans qui était arrivée au sixième mois de sa sixième grossesse entra à la Clinique, se plaignant de perdre assez souvent, depuis plusieurs mois, du sang par les voies génitales. Le toucher nous fit immédiatement reconnaître la cause de cet accident qui se produisait, en particulier, à la suite de chaque coït. Le col utérin, en effet, présentait dans les trois quarts de sa circonférence une dégénérescence manifeste qui occupait toute la hauteur de son relief vaginal. Du volume d'un petit œuf de poule, il était consistant, bosselé, inégal, hérissé de mamelons d'une dureté squirrheuse et paraissait exulcéré en quelques points. Le quart droit et un peu postérieur de sa circonférence était seul exempt d'altération. Cependant l'état général de la femme restait satisfaisant et la grossesse ne paraissait nullement troublée dans son développement.

Sortie de l'hôpital le 3 février, la malade y rentra le 14, ayant eu dans ce court intervalle deux pertes notables et présentant une pâleur jaunâtre de la peau qu'elle n'avait pas auparavant. La gestation continuait d'ailleurs son cours et la lésion du col était sensiblement la même. Un repos absolu fut prescrit, et le sang ne reparut point jusqu'au 17 février, jour auquel le travail se déclara prématurément à six mois et demi de grossesse environ.

Pendant l'accouchement, les contractions utérines furent régulières, assez rapprochées et d'une intensité au moins ordinaire. Mais quatre heures après le début du travail, la portion dégénérée du col ne se modifiant pas, et conservant sa longueur, sa dureté, ses mamelons irréguliers, il en résultait un grand obstacle à la dilatation. La portion saine était seule effacée, amincie et se prêtait à l'agrandissement de l'orifice qui n'avait encore que le diamètre d'une pièce de deux francs. D'autre part, depuis le début des contractions,

la malade perdait du sang en notable quantité, bien que la masse cancroïdale parut être encore intacte et exempte de déchirure. Cette circonstance me fit soupçonner l'existence du placenta dans le voisinage du col; mais je m'abstins scrupuleusement d'en rechercher la preuve par une exploration intempestive.

Une heure plus tard, les choses étant presque dans le même état et la perte commençant à devenir inquiétante, M. Depaul rompit les membranes, à l'effet d'obtenir la cessation de l'écoulement sanguin. Ce dernier ne fit que diminuer un peu; mais bientôt, grâce à plusieurs déchirures et à l'extrême dilatation de la portion saine du col utérin, l'orifice devint assez large pour livrer passage à l'enfant qui, se présentant par les pieds, mourut pendant son expulsion. C'était une petite fille du poids de 1,100 grammes seulement. La durée totale du travail avait été de huit heures et demie.

La délivrance fut naturelle, et l'examen des membranes démontra la réalité de l'insertion vicieuse du placenta tout près du col utérin. Ce dernier n'avait subi, pendant le travail, aucune déchirure notable dans sa portion dégénérée, ainsi que je m'en assurai directement avec le doigt. Du seigle ergoté, à la dose de 15 décigrammes, fut immédiatement administré, à l'effet de favoriser la rétraction de la matrice et la cessation de la perte, ce qui arriva comme il avait été prévu.

A part des lochies plus abondantes et plus longtemps colorées que dans les cas normaux, les suites de couches furent naturelles et, lorsque la malade sortit de l'hôpital, quinze jours après l'accouchement, le col utérin était dur, calleux, inégal et mamelonné comme pendant la grossesse. Après avoir été extrêmement amincie et distendue pendant le travail, la portion saine était tellement revenue sur elle-même, qu'elle se dissimulait pour ainsi dire, et ne semblait plus constituer que la cinquième ou sixième partie de la circonférence de l'organe.

Depuis lors, j'ai examiné deux fois la malade, qui séjourna quelque temps dans le service de M. Nélaton. La vérité du diagnostic, qui n'était pas douteuse, put être néanmoins ainsi contrôlée. Or, chaque fois, c'est-à-dire le 15 mars et le 28 avril 1865, je me suis assuré que la lésion restait sensiblement stationnaire et n'exerçait pas encore d'influence sur l'état général.

Ce qu'il est surtout essentiel de remarquer dans cette observation, c'est, d'une part, l'accouchement très-prématuré à six mois et demi de grossesse, la présentation du fœtus par l'extrémité pelvienne et l'insertion vicieuse du placenta; d'autre part, la dilatation exclusive de la portion saine du col utérin, la marche normale des suites de couches, et, enfin, l'état stationnaire ou les progrès très-lents de la lésion pendant les deux mois qui suivirent l'accouchement. *(La fin prochainement.)*

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur l'émulsion de copahu titrée;

Par M. JEANNEL.

On sait que l'urine, chargée, par le travail d'élimination physiologique, des principes du copahu, possède à un très-haut degré les propriétés spécifiques de celui-ci, et qu'il suffit d'injecter dans le canal de l'urèthre l'urine d'un sujet qui a ingéré une certaine dose de copahu pour guérir la blennorrhagie.

Cette curieuse observation autorise à penser que l'eau chargée d'une très-petite dose de copahu pourrait bien constituer un topique efficace.

C'est au moyen de l'émulsionnement alcalin que le copahu peut être mis en suspension dans l'eau à la dose voulue, qui est d'environ 1 pour 100. Voici la formule d'une forte émulsion titrée qu'on peut étendre d'eau pour obtenir des émulsions légères parfaitement stables.

Émulsion de copahu titrée officinale.

Pr.	Oléo-résine de copahu.................	40	grammes.
	Carbonate sodique cristallisé pulvérisé...	20	—
	Eau distillée.........................	940	—

Mêlez dans un flacon de deux litres, agitez.

Ce mélange forme une émulsion parfaitement homogène qui se maintient pendant plusieurs heures. Le copahu se sépare du jour au lendemain, mais il s'émulsionne de nouveau par la plus légère agitation.

C'est cette émulsion titrée officinale que nous recommandons pour la préparation des injections antiblennorrhagiques.

Injection antiblennorrhagique au copahu.

Pr.	Émulsion de copahu officinale............	25	grammes.
	Eau distillée..........................	75	—
	Laudanum de Sydenham................	10	gouttes.

Mêlez.

On obtient ainsi une émulsion dont la stabilité est indéfinie et qui contient 1 pour 100 de copahu, 1/2 pour 100 de carbonate de soude. Cette formule, que nous donnons pour type, peut être variée selon les indications.

L'efficacité de ce médicament a été constatée par une longue pratique à l'hôpital militaire de Bordeaux. (*Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux*, mai 1866.)

Observation pour servir à l'histoire médicale du noyer.

Nous croyons devoir publier une note que nous avons recueillie sur le fruit du noyer ; elle servira à compléter la savante monographie du docteur Baillon, professeur à l'Ecole de médecine de Paris, sur cet arbre.

Toutes les parties du *Juglans Regia* sont tellement riches en tannin qu'on s'en sert dans les arts et en thérapeutique. Depuis quelques années on a beaucoup vanté les propriétés médicales des feuilles du noyer et leurs préparations dans le traitement des affections scrofuleuses.

Dans quelques contrées de la France, dans le Loiret, par exemple, on utilise les pellicules qui recouvrent l'amande comme antipériodique.

De Mettray, on nous écrivait, il y a quelques années, qu'on obtenait de très-bons résultats de cette substance pour arrêter les accès de fièvre palustre. Depuis cette époque, on nous a informé que dans plusieurs localités ce remède avait été employé. Pour faire provision de ces pellicules, il faut saisir le moment où le fruit est passé l'état de cerneau, et cependant assez mûr pour que le parenchyme soit bien formé, mais pas assez pour que l'huile y domine.

On administre les pellicules de la noix, desséchées, réduites en poudre et mêlées à de l'eau ordinaire. La dose est de 5 grammes par jour pendant trois jours.

S'il était bien démontré que cette préparation jouit réellement de la propriété de couper la fièvre, comme cela se dit dans le peuple, ce serait un succédané de plus du quinquina, bien à la portée de la classe pauvre.

Nous avons analysé les pellicules qui recouvrent les noix ; nous les avons trouvées composées de tannin, et d'un tissu fibreux qui, vu au microscope, simule un réseau très-serré ; mais nous n'y avons trouvé aucune substance qui pût expliquer la propriété fébrifuge dont on les a gratifiées. Stanislas MARTIN.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontotechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et un formulaire spécial pour chaque maladie, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Armand Després, chirurgien de l'hôpital, membre de la Société impériale de chirurgie et de la Société anatomique.

Pendant que MM. Dechambre et Jaccoud poursuivent, chacun de son côté, avec le concours de l'élite des médecins contemporains, la publication des deux grands Dictionnaires dont nous avons déjà parlé, et dont nous parlerons encore, MM. Bouchut et Després n'ont pas craint de publier le Dictionnaire dont nous venons d'annoncer le titre, et qui, dans quelques jours, sera terminé; c'est que, sous une rubrique analogue, le but que se proposent d'atteindre les uns et les autres n'est pas le même. Tandis qu'en effet MM. Dechambre et Jaccoud ne se proposent rien moins, bien que dans un cercle inégalement étendu, que d'embrasser toute la science, MM. Bouchut et Després, bornant leur visée à la pratique immédiate, et supposant connues les notions générales qui seules lui donnent un sens scientifique, ne vont point au delà des indications thérapeutiques fondamentales et du traitement qu'elles légitiment et commandent. Assurément, il serait à désirer que les institutions qui régissent l'enseignement et la pratique de la médecine ne rendissent pas nécessaires ces sortes de *memento*, où d'un seul coup d'œil on peut embrasser le résumé des indications qui naissent d'un cas pathologique donné, et le dernier mot de la thérapeutique sur les médications les moins incertaines qui y correspondent; mais il n'en est pas ainsi, et de longtemps encore, nous le craignons, il n'en sera pas ainsi. La publication de MM. Bouchut et Després a donc sa raison d'être, et elle l'a d'autant plus que, par une heureuse inspiration, les savants auteurs ont donné un égal soin à la médecine et à la chirurgie, qui, dans une foule de circonstances, deviennent la double science obligée, nécessaire du médecin. Nous n'en dirons pas davantage sur ce point, sur lequel tout le monde tombera d'accord, et nous allons, sans plus nous attarder, jeter un coup d'œil général sur le programme que se sont tracé nos intelligents et laborieux confrères, et marquer, aussi bien que nous le pourrons, l'esprit de cette intéressante publication.

Le *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale* est précédé d'une introduction dans laquelle un des auteurs, M. Bouchut, esquisse d'un trait rapide l'esprit de la thérapeutique au dix-neuvième siècle. En parlant ici même de divers travaux de notre savant confrère où son esprit synthétique s'est donné libre carrière, nous avons eu plus d'une fois occasion d'indiquer quels sont, à cet égard, les principes auxquels il se rallie, ou qu'il a l'ambition de poser dans la science; nous ne referons pas ce travail; nous nous contenterons, dans l'intérêt même de la fortune d'un livre que nous croyons utile, de dire qu'ici comme là, M. Bouchut, que nous avons craint un instant de voir s'égarer au milieu des écueils de la thérapeutique excessive, de la thérapeutique du knout, suivant le mot de M. Lordat, reste fidèle à la doctrine dans laquelle on ne viole pas l'organisme, mais on lui demande, en une mesure variable, son consentement pour le guérir. Le médecin de l'hôpital des Enfants malades pose en principe, dans sa savante introduction, que l'économie est douée d'une force ou d'un ensemble de forces autonomes qui, comme elles l'ont créée en empruntant au milieu interne où elle s'est développée les éléments nécessaires à sa formation suivant un plan préconçu, tendent à y rétablir l'équilibre quand, par une cause quelconque, celui-ci a été troublé. « La plupart des maladies, dit l'auteur, guérissent seules (nous aimerions mieux : tendent à la guérison), en vertu des lois primordiales qui ramènent la substance corporelle et les forces qui l'animent dans leur état d'équilibre naturel, lorsqu'elles ont été dérangées par une impression morbifique. Rien, dans cette guérison, ne se rapporte (exclusivement, immédiatement, fallait-il dire encore) à une propriété de la matière brute; tout, au contraire, résulte de l'action du corps vivant, en tant que vivant, et cette action a le caractère de la prévoyance qu'on trouve dans toutes les œuvres du Créateur. » Cette manière d'entendre la vie et sa puissance de réaction réparatrice, je dis qu'il faut la proclamer bien haut et partout; mais j'ajoute que l'opportunité de la doctrine que suppose ce principe ne se fait nulle part plus impérieusement sentir que dans un ouvrage qui, comme celui de MM. Bouchut et Després, s'adresse aux praticiens les plus occupés, et qui n'ont pas toujours le temps de suivre pas à pas la science dans sa laborieuse évolution. Il faut bien le dire, ce ne sont pas d'ordinaire les médecins qui ont sondé le plus profondément les bases de la science qui poussent l'intervention de l'art jusqu'à la témérité dans le traitement des maladies; l'habitude d'une critique rigoureuse à l'égard d'inductions in-

consciemment erronées ou menties les défend suffisamment contre ces excès ; ce sont bien plutôt les médecins que les exigences de la pratique entraînent, et qui, par cela, sont le plus portés à prêter une oreille crédule aux miracles d'une thérapeutique d'enthousiasme irréfléchi. Nous le répétons donc, MM. Bouchut et Després ont fait sagement de placer leur intéressant ouvrage sous la protection de cette prudente philosophie, si l'on peut employer ici ce mot, et nous engageons ceux de nos confrères qui le consulteront à s'en souvenir, quand ils verront, dans le livre même, étalé tout le clinquant d'une fausse richesse thérapeutique, que les auteurs se gardent bien, d'ailleurs, de donner comme argent comptant.

MM. Bouchut et Després, dans la conception primitive de leur travail, s'étaient peut-être proposé pour but d'exposer surtout les moyens ou les médications dont on peut disposer pour combattre les maladies ; mais ils ont bien vite reconnu que, pour arriver à une exposition vraiment scientifique de cette partie importante de la science, il fallait poser les indications, et donner pour base sûre à celles-ci un diagnostic précis. Aussi bien, chacun des articles sans nombre, dont est nécessairement composé un Dictionnaire de thérapeutique, contient-il un résumé rapide des signes diagnostiques auxquels on reconnaît les maladies, et les inductions essentielles qui en découlent pour fonder les bases d'un traitement rationnel. M. Després, pour son compte, a si bien compris la nécessité logique qui s'impose ici, qu'il a consacré tout un article aux indications capitales qui surgissent dans les principales maladies qui sont du ressort de la chirurgie. Cette partie essentielle du livre de nos très-distingués confrères épuise-t-elle le sujet ? Non assurément, et dans une foule de cas où la maladie se masque, se larve insidieusement, je ne crois pas qu'on trouvât là tous les renseignements nécessaires pour surmonter les difficultés ; heureusement ces cas sont les plus rares, et les monographies, et certains traités de pathologie, et quelques livres spéciaux, comme le *Dictionnaire de diagnostic* d'un médecin aussi modeste qu'instruit, M. Woilez, peuvent venir combler des lacunes inévitables dans un travail qui, par sa nature même, ne peut être qu'un rapide résumé des choses.

Ainsi qu'on le pense bien, nous n'avons pas lu intégralement tout ce qui a déjà paru de cette intéressante publication qui, commencée cette année même, touche déjà presque à son terme ; mais nous en avons lu assez pour que nous croyions ne pas engager témérairement notre responsabilité morale en répétant ici ce que nous avons dit déjà, que le livre de MM. Bouchut et Després, fruit

consciencieux d'une étude approfondie des difficultés de la science et de l'art, atteindra son but, qui est de mettre au courant des derniers progrès de la médecine les praticiens qui ont le moins de temps à donner à la lecture des nombreux travaux d'où sont sortis ces nouveaux enseignements. Pour ne citer que quelques-uns des articles nombreux, soit en médecine, soit en chirurgie, où l'esprit judicieux de nos savants confrères se montre dans tout son jour, nous appellerons l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur les articles relatifs aux maladies du cœur, à la fièvre typhoïde, à la phthisie pulmonaire, aux plaies, au kyste de l'ovaire, etc., etc. Tout ce qui est essentiel à connaître sur les graves questions qui se posent, en chirurgie, à propos de ces dernières maladies, y est résumé d'une main ferme et avec une sûreté de jugement qui commande l'adhésion des esprits les plus disposés à la marchander. Nous ne mettrons qu'une restriction à cet éloge fort explicite, et que nous ne rétractons pas, cette restriction est celle-ci : M. Bouchut résume nettement les modifications du murmure vésiculaire qui dénoncent, avec une très-grande probabilité tout au moins, la présence des tubercules à leur premier degré d'évolution. Il sait aussi bien que nous, mieux que nous, que, quand il s'agit de chacun de ces signes encore peu accentués, on peut douter souvent : pourquoi, dans un livre de la nature de celui-ci, s'être privé, en ce cas, d'un enseignement qui ne trompe presque jamais ? c'est celui qu'a formulé M. Louis, et qui donne à tout bruit anomal durable, localisé au sommet du poumon, surtout d'un seul poumon (n'oubliant pas d'ailleurs qu'au sommet du poumon droit l'expiration est relativement prolongée), la signification la plus grave. Ceci est net, précis et ne saurait être mieux placé que dans un dictionnaire dont le but est de populariser la science en la résumant le plus correctement possible. Puisque j'ai choisi l'article *Phthisie pulmonaire*, pour l'examiner d'un peu plus près que les autres, je risquerai encore une remarque. M. Bouchut, en ce qui touche à la thérapeutique de cette maladie, est d'un luxe que je ne saurais blâmer, car il sait bien et il dit que ce luxe est plus apparent que réel ; mais comment se fait-il que, dans cette compendieuse énumération de médications si douteuses, il en ait omis une qui se recommande à la fois et par l'honorabilité, et par la haute distinction d'esprit, et par le savoir profond de son promoteur, M. le professeur Fonssagrives ? Nous ne pouvons supposer que notre savant auteur ignore le livre remarquable que vient de publier le médecin de Montpellier sur la phthisie pulmonaire, et où cette médication est

exposée avec le talent le plus remarquable. C'est là une lacune que nous signalons à notre honorable confrère, dans l'espoir qu'il la fera disparaître un jour. En cherchant bien, nous trouverions peut-être encore un certain nombre de *desiderata* regrettables, comme l'absence, par exemple, de toute indication de l'antagonisme de l'opium et de la belladone, etc. ; mais nous ne voulons pas nous appesantir sur quelques vides dans un livre si plein de choses, et quand nous louons le travail de MM. Bouchut et Desprès, nous entendons le présenter aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* comme un livre éminemment utile, et qui, comme nous l'espérons, et surtout le désirons, s'il vient à se populariser parmi nous, pourra exercer l'influence la plus favorable sur les applications quotidiennes de l'art.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement du choléra par les injections hypodermiques d'eau chaude et les injections salines dans les veines. — Les dernières recherches anatomo-pathologiques ont montré que le poison cholérique agissait principalement sur l'économie en soustrayant l'eau et les sels minéraux du sang et des tissus, ce qui explique pourquoi l'absorption faisant défaut dans cette maladie, la thérapeutique est si impuissante. C'est sur cette donnée qu'est fondé l'emploi des injections d'eau salée, et à ce titre nous la croyons digne d'attention. Les journaux anglais contiennent le récit de tentatives récentes faites dans cette voie, et nous croyons utile de les faire connaître :

Choléra très-grave, avec crampes très-douloureuses, cédant après une injection de 200 grammes d'eau chaude. Progrès de la maladie malgré de nouvelles injections ; mort. — Une veuve de quarante-quatre ans, qui avait soigné plusieurs cholériques, est apportée à London-Hospital, le 27 août. Depuis la veille elle ne se sentait pas bien ; mais ce n'est que le 27, vers onze heures du matin, qu'elle fut prise du choléra : vomissements abondants, selles fréquentes, crampes très-violentes. C'est dans cet état qu'elle est apportée dans une des salles de l'hôpital. Les yeux étaient enfoncés dans leurs orbites et entourés d'un cercle noirâtre ; la peau était froide et ridée, les ongles bleus. La malade était très-altérée ; vomissant souvent ; elle poussait des cris plaintifs. La région épigastrique était principalement douloureuse. C'était un des cas les plus

graves qui aient été reçus à l'hôpital depuis le commencement de l'épidémie. Lors de son entrée, la température était à 36°,3; le pouls à 112, faible, à peine perceptible; la respiration à 22 par minute. Deux heures après midi, la température était à 35°,6. Première injection d'eau chaude dans le tissu cellulaire par la méthode hypodermique. Aux mollets, aux cuisses, aux bras et à la région hypogastrique, 7 onces (210 grammes) d'eau furent injectées, et si rapidement absorbées, qu'il fut inutile de faire une compression sur les points où les piqûres avaient été faites. Immédiatement après l'injection, les crampes cessèrent entièrement et ne revinrent pas; de plus, la garde remarqua que la soif avait beaucoup diminué; le pouls était descendu de 112 à 96. A cinq heures, nouvelle injection, 4 onces (120 grammes) d'eau chaude, qui furent pareillement absorbées. Les vomissements et les selles devinrent moins fréquents; mais, signe fâcheux, la température, loin de s'élever, s'abaissait.

Le lendemain matin, les vomissements recommencèrent; la peau était très-froide et la température à 34°,9. Injection de 4 onces (120 grammes) d'eau chaude, et l'absorption se fit très-vite; mais la malade mourut dans la journée.

Cette observation présente plusieurs particularités très-intéressantes. Elle montre que de grandes quantités d'eau chaude peuvent être injectées impunément dans le tissu cellulaire par la méthode hypodermique.

Le tissu cellulaire est un agent précieux d'absorption, qui reste encore quand l'estomac refuse tout office.

L'expérience a montré qu'en injectant dans le tissu cellulaire une grande quantité de liquide, on produisait l'inflammation et la gangrène des parties, tandis qu'en injectant dans plusieurs endroits différents, mais par petites quantités, on pouvait faire absorber par la peau une grande quantité de liquide.

En présence d'un cas pareil, dit le docteur Beigel, l'auteur de cette observation, je n'hésiterai pas à employer une solution contenant 1/2 pour 100 de phosphate de soude et 1/2 pour 100 de sel commun, l'analyse chimique ayant montré que ces sels constituent en grande partie les évacuations cholériques riziformes.

Dans le même hôpital, on a essayé les injections salines dans les veines. Les premiers malades opérés sont morts; mais depuis on a obtenu quelques guérisons.

En voici un exemple emprunté au *Medical Times*, et reproduit par la *Gazette hebdomadaire :*

Un jeune homme de dix-sept ans était atteint depuis dix jours de diarrhée, et, suivant les renseignements, des symptômes du choléra quelque temps avant son admission.

Une rémission partielle eut lieu; le sujet se promena dans les rues, négligeant toutes précautions. Il eut une rechute immédiate : vomissements, selles aqueuses, semblables à l'eau de riz, crampes et refroidissement. A son admission, le 1er septembre, il présentait les symptômes suivants : collapsus, face décolorée et grippée; le pouls, à peine sensible, ne peut être compté ; le malade ne peut parler et reste presque insouciant. Trente respirations par minute ; extrémités froides ; température à l'aisselle, 98 degrés Fahrenheit (cette température, relativement élevée, a été notée dans d'autres cas de collapsus confirmé, à la période même d'agonie). Sans perdre de temps, on injecta par une veine du bras six pintes d'eau (environ un litre et demi) à 102 degrés Fahrenheit, contenant en solution trois drachmes de sel commun et deux scrupules de carbonate de soude (environ 10 grammes de chlorure de sodium, et 2^{gr},50 de carbonate de soude). Une amélioration immédiate en résulta sous tous les rapports, mais particulièrement dans l'état du pouls. Pendant l'opération, on offrit au patient un peu d'eau-de-vie, qu'il refusa énergiquement, disant : « J'en ai eu avant, et je sais que cela me fait mal. » Cette détermination de sa part était probablement sagace; car tous les cas où nous avons donné les stimulants alcooliques seuls ont été malheureux. Dans la journée, on permit au malade de contenter son goût pour une boisson plus douce, la bière. Maintenant nous n'avons qu'à noter une guérison non interrompue, sans le moindre symptôme défavorable, excepté un mal de tête pendant les premières vingt-quatre heures, et l'absence complète de signes approchant de la période habituelle de réaction. Le jour suivant, le malade eut une selle à coloration bilieuse et urina facilement, l'estomac gardant des œufs, de la bière, du lait, etc. L'urine contenait de l'albumine avec de l'épithélium des reins et de la vessie. La plaie du bras guérit rapidement, et, dix jours après l'opération, le sujet put être envoyé à la maison de convalescence d'Ascot. Il est bon de mentionner qu'aucun médicament ne lui a été donné.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Diète lactée dans le traitement des maladies du cœur. La diète lactée, préconisée de nouveau il y a une quarantaine d'années par le célèbre Chrestien, pour le traitement des hydropisies, puis par d'autres médecins du Midi, M. Serre, d'Alais ; M. Guinier, dans des articles que nous avons publiés (t. XIX et LIII), vient d'être encore l'objet d'un important travail dû à la plume de M. Pécholier. Dans son Mémoire, le savant et laborieux agrégé de la Faculté de Montpellier, attribue à son tour une grande puissance à la diète lactée, non-seulement dans l'hydropisie, comme ses prédécesseurs, mais encore dans d'autres maladies, notamment celles du cœur. Ce sont surtout les effets obtenus par M. Pécholier dans le traitement de ces dernières affections que nous voulons faire connaître à nos lecteurs, ce que nous ne pouvons mieux faire qu'en empruntant à l'auteur le passage suivant :

« Dans l'hypertrophie *active* du cœur, dit-il, c'est-à-dire dans celles où les conséquences du développement des fibres musculaires l'emportent sur la gêne de la circulation occasionnée par la dilatation des cavités, le rétrécissement des orifices ou l'insuffisance valvulaire, et où, par conséquent, la tension du sang est grande dans les artères, et le pouls radial plein et dur ; dans l'hypertrophie active, disons-nous, à son début, la diète lactée, aidée par la digitale, et quelquefois sans l'aide de cette dernière, peut, si elle est suffisamment continuée, amener d'abord un amendement dans les symptômes, et même, à la longue, une résorption du tissu musculaire surabondant, et par conséquent la guérison. Pour obtenir un si heureux résultat, il faut trouver des sujets exceptionnels, assez intelligents pour comprendre le danger de leur maladie, et assez maîtres d'eux-mêmes pour vaincre leur gourmandise. Mais l'obéissance absolue à des prescriptions pénibles, rare chez un individu peu incommodé et peu souffrant, comme ceux qui sont en butte à une hypertrophie commençante, devient beaucoup plus facile à obtenir quand la lésion a fait des progrès et que des symptômes graves ont éclaté ; si surtout il y a eu des menaces, et surtout des attaques d'apoplexie ou de congestion pulmonaire ou cérébrale, le médecin n'aura qu'à vouloir fortement pour se faire écouter, momentanément au moins, des malades. En ces occurrences, une guérison radicale n'est plus possible, mais il est permis d'espérer des effets palliatifs très-heureux. Sous l'influence de la diète lactée, on voit les palpitations et l'impulsion du cœur, ainsi que la turgescence sanguine de la face, du cerveau et des poumons, diminuer. Le malade éprouve un bien-être inattendu. Que si ce bien-être ramène d'ordinaire des velléités de désobéissance, et si le sujet arrive à faire des infractions au régime prescrit, en l'y remettant au moment où les accidents se reproduisent, on verra survenir une nouvelle amélioration. Par ce moyen, la vie sera prolongée et rendue plus supportable. » (*Montpellier méd.* et *Gaz. hebd.*, 1866, n° 31.)

Cas d'anasarque traité avec succès par la diète et l'oignon cru. A l'occasion du mémoire de M. Pécholier, dont on vient de lire un extrait dans l'article qui précède, M. le docteur Pautier, d'Aigre (Charente), a fait connaître le fait suivant, remarquable par les bons effets du traitement de M. Serre, d'Alais. Ce traitement, qui repose sur ces trois indications : 1° mettre l'organe sécréteur des urines à la diète par la suppression des boissons ; 2° l'exciter légèrement avec l'oignon ; 3° nourrir le corps avec le lait, sa nourriture première, sans l'irriter ; ce traitement, disons-nous, trouve surtout son application dans les cas du genre de celui-ci, où l'hydropisie paraît n'être pas symptomatique d'une altération permanente du cœur, des gros vaisseaux, du foie ou des reins.

Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, cultivateur, qui, après avoir travaillé en plein air par une journée d'hiver, fut pris, le soir, de frissons, puis le lendemain de douleurs lombaires, constipation, vomissements et fièvre, symptômes auxquels ne tardèrent pas à s'ajouter ceux

d'une hydropisie générale. Un officier de santé, après l'emploi sans succès de moyens qui ne pouvaient amener aucun résultat, jugea à propos, au bout de six semaines, de faire plonger le malade dans un tas de fumier de mouton *bien pourri*, pendant trois jours de suite, médication, si l'on peut se servir de ce mot, qui n'eut d'autre effet que d'amener une vive irritation de la peau. Le 27 février, M. Pautier fut appelé. Le malade, étendu sur le dos, ne pouvait faire de mouvements : dyspnée, œdème général, peau luisante et tendue, avec phlyctènes causées par le fumier, escarre au sacrum, épanchement dans la plèvre des deux côtés ; urines peu abondantes, incolores, sans albumine. Le traitement ordinaire par les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques employés pendant environ deux semaines, n'ayant amené aucun changement, celui qu'a recommandé M. Serre (trois soupes au lait ; celles du matin et celle du soir suivies de pain sec et d'oignon cru; abstinence complète de boissons) fut conseillé et accepté par le malade, qui le suivit courageusement pendant trente jours. Le quinzième jour, le malade put se lever ; à partir du trentième, il reprit progressivement une alimentation plus réparatrice. Un mois après il était radicalement guéri. (*Gaz. hebd.*, 1866, nº 39.)

Traitement du rhumatisme aigu par le permanganate de potasse. Nos lecteurs se souviennent d'avoir vu, dans notre dernier volume, que le docteur Duncan, médecin à l'hôpital Adélaïde, de Dublin, a administré — et avec des résultats avantageux — l'acide chlorhydrique dilué dans la goutte chronique, se proposant au moyen de cet agent, non pas de détruire l'acide urique en excès dans le sang, mais de rétablir la nutrition afin d'éviter qu'à l'avenir cet excès ne se reproduise.

Aujourd'hui le même médecin rend compte d'essais qu'il a tentés pour combattre le rhumatisme aigu par le permanganate de potasse, conduit à expérimenter cet agent par des idées théoriques analogues à celles qui lui avaient fait concevoir le traitement de la goutte que nous venons de rappeler.

Le rhumatisme, dit M. Duncan, semble dépendre, comme la goutte, d'une oxygénation imparfaite du sang, avec cette différence qu'elle porte, non plus sur les matériaux azotés, mais sur les matériaux non azotés ou hydrocarbonés. Ces derniers paraissent, dans le travail de la nutrition, passer par une série d'états qui tous dépendent d'une combinaison avec des quantités d'oxygène de plus en plus considérables ; ils se convertissent ainsi successivement en sucre, acide lactique et acide carbonique, dernière forme sous laquelle, après avoir accompli dans l'organisme le rôle qu'ils ont à y jouer, ils sont éliminés par la voie pulmonaire. Or, si ces transformations ne se produisent pas d'une manière complète, le sang reste chargé d'un excès ou de sucre, et alors il y a diabète, ou d'acide lactique, et alors c'est le rhumatisme qui se manifeste. Richardson a montré, en effet, que l'acide lactique en excès est susceptible de déterminer tous les phénomènes du rhumatisme, y compris les dépôts endocardiaques sur les valvules du cœur.

D'après ces vues, et sans proscrire d'ailleurs aucun des moyens habituellement employés, qui peuvent trouver leur indication dans la prédominance de tel ou tel symptôme, M. Duncan a pensé que les substances contenant une grande quantité d'oxygène, mais en combinaison peu stable, comme le nitrate de potasse, l'acide citrique, et surtout le permanganate de potasse, pourraient être utiles dans le rhumatisme, en fournissant aux matériaux hydrocarbonés contenus dans le sang le principe d'une oxygénation plus complète.

M. Duncan rapporte deux cas, dont voici une courte analyse. — Femme robuste, âgée de quarante-six ans, ayant eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme aigu, et sujette à des douleurs rhumatismales habituelles; malade depuis huit jours, lors de son entrée à l'hôpital, le 15 mars dernier. Douleurs intenses des articulations, mais surtout des épaules et des genoux, avec tuméfaction et sensibilité très-vive à la pression ; fièvre ; peau sudorale avec odeur aigre ; urines acides. Etat stationnaire d'abord, puis recrudescence le 31 mars, malgré les divers moyens employés (quinine, opium, puis belladone). Alors, liqueur de Condy (eau dist., 1 once ; permanganate de potasse, 9 grains 1/4, d'après Neligan) par dose de demi-once toutes les deux heures. Dès le lendemain, amendement sensible de tous les symptômes. Le cinquième jour, douleurs disparues, fréquence du pouls moindre, sueurs diminuées et d'une odeur moins

prononcée, urines moins acides et plus abondantes; les jours suivants, l'amélioration va croissant; le neuvième jour du traitement, guérison, sortie de l'hôpital. — Homme de vingt-six ans, de constitution faible, ayant déjà eu plusieurs attaques de rhumatisme et affecté d'une maladie du cœur consécutive; entré à l'hôpital le 21 mars. Rhumatisme articulaire intense, occupant les grandes articulations; fièvre; aucun résultat de la quinine, de l'opium, de la belladone. Le 4 avril; ce jour, douleurs très-vives, impossibilité de faire aucun mouvement; liqueur de Condy. Mieux dès le lendemain, sous tous les rapports. Le 8, pas de douleurs. Malheureusement elles reparurent le 10, à la suite d'un refroidissement, et le malade était encore en traitement le 24 avril.

M. Duncan se croit autorisé par ces faits à poursuivre ses expériences, et il promet d'en faire connaître les résultats; nous nous proposons d'en tenir note dans ce journal. (*Med. Press and Circular*, 16 mai 1866.)

Traitement de la cholérine et du choléra. Parmi les nombreuses préparations qui réunissent plus ou moins complétement les principaux éléments médicamenteux qui s'adressent aux divers symptômes du choléra, une des plus heureuses est la suivante :

Opium........	1	gramme.
Camphre......	2	—
Poivre noir...	4	—

F. s. a. 50 pilules.

6 pilules dans les vingt-quatre heures.

Cette formule, qui n'a pas encore été publiée, que nous sachions du moins, donne des résultats très-heureux et très-rapides dans la cholérine, et paraît agir plus promptement et plus sûrement que les autres préparations opiacées.

Dans le choléra, les résultats sont encore très-satisfaisants, dans la première période de cette maladie, bien entendu; il faut alors compléter le traitement par des bains et des frictions stimulantes pour rappeler la chaleur, et par de la glace pour combattre les vomissements.

Ces pilules ont été expérimentées, durant cette épidémie, sur les nombreux malades qui fréquentent la maison de secours du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement, par MM. les docteurs Fodéré, Mène et Dujardin-Beaumetz, et ont produit, entre leurs mains, d'excellents effets, tant contre la cholérine que contre le choléra. Il est donc utile de faire connaître cette formule et d'appeler sur elle l'expérimentation. (*Gaz. des hôpit.*).

Tumeur hydatique du foie, traitée avec succès par l'injection de l'extrait de fougère mâle dans le kyste. Harriet W***, vingt et un ans, entra à l'hôpital le 14 octobre 1865, présentant les symptômes les plus caractéristiques de la tumeur hydatique du foie. La relation existant entre les hydatides et le tænia engagea M. Pavy à tenter la fougère mâle. Mais l'extrait de cette plante, trop insoluble dans l'eau et l'alcool pour pouvoir être injecté par une canule fine, fut mélangé avec un peu de potasse dans la proportion suivante :

1/2 drachme extrait mou purifié de fougère mâle;
1/2 drachme liqueur de potasse;
6 drachmes eau distillée.

L'injection fut faite le 6 novembre, en prenant toutes les précautions d'usage pour empêcher l'entrée de l'air. Le liquide extrait par la ponction fut examiné; il ne présentait pas d'albumine; il était riche en chlorure de sodium, et contenait des crochets d'échinocoque. L'injection détermina un peu de douleur sur le moment, puis consécutivement des vomissements, un peu de diarrhée, une fièvre modérée; pas de péritonite.

Le 10, la matité remontait un peu moins haut du côté de la poitrine.

Le 20, le volume de la tumeur a considérablement diminué; elle est plus molle, descend moins dans l'abdomen, est plus difficile à circonscrire.

La malade sort le 29, n'éprouvant plus aucun malaise. Revue le 10 mai 1866, elle continue à jouir d'une santé parfaite; la tumeur n'est plus apparente à la seule inspection comme elle l'était au début; on sent une induration dans l'hypocondre droit.

La conclusion qu'on peut tirer de ce fait est que l'extrait de fougère mâle tue les hydatides sans produire de suppuration et favorise ensuite l'absorption du liquide du kyste; et encore il faut tenir compte de l'action

qu'a pu produire la liqueur de potasse. (*The Lancet.*)

Méthode simple de cure radicale des hernies inguinales. Cette méthode consiste à coudre les piliers de l'anneau inguinal, par la méthode sous-cutanée, avec des fils d'argent qu'on laisse à demeure dans les tissus de manière à avoir une obturation permanente. Le seul instrument nécessaire pour l'opération est une aiguille de cinq pouces[1] de longueur, légèrement recourbée vers sa pointe, près de laquelle est l'orifice, et supportée à l'autre extrémité par un manche solide.

Voici comment se pratique l'opération : Les précautions d'usage étant prises, la pulpe de l'index gauche est placée sur le fond du scrotum, la face palmaire tournée en haut et la pointe de l'aiguille reposant directement sur elle. Le doigt, supportant la pointe de l'aiguille et coiffé par le scrotum s'engage dans l'orifice inguinal et passe derrière le pilier interne. L'opérateur pousse alors le manche de l'aiguille, traverse d'arrière en avant le pilier à une petite distance de son bord. Lorsque la pointe de l'aiguille fait saillie sous la peau, un aide tire la peau en dedans de manière à ce qu'elle soit perforée en un point correspondant au centre de l'anneau inguinal. Puis on passe le fil d'argent dans l'orifice de l'aiguille, et on la retire en laissant une extrémité libre du fil métallique flottant sur l'abdomen.

Si dans ce temps de l'opération, la pointe s'échappe par hasard par l'orifice scrotal, il importe de l'introduire exactement par le même point ; on répète ensuite la manœuvre pour le pilier interne, et quand l'aiguille est sur le point de percer la peau, on la tire en dehors de manière à ce que la pointe de l'aiguille ressorte par le même orifice. Un aide saisit alors le fil, le retire de l'aiguille, qui, ainsi dégagée, est retirée au dehors. Le fil forme ainsi une anse dont les deux extrémités sortent par la même ouverture abdominale, et dont la partie moyenne, descendant jusqu'au fond du scrotum, est située entre la peau et le fascia superficialis.

Le temps suivant de l'opération consiste à tirer les extrémités du fil, pendant qu'on tire en bas le scrotum pour l'empêcher de s'envaginer. On force ainsi le fil à disséquer le fascia en le séparant de la peau jusqu'au niveau de l'anneau. Si l'on introduit le doigt dans le canal, en continuant à tirer les extrémités du fil, on sent qu'il est de plus en plus serré par le rapprochement des piliers, et on peut diminuer l'anneau jusqu'à ce que le doigt ne puisse plus s'y engager et qu'il reste juste assez de place pour le cordon. Le fil est alors tordu avec une pince, sans exercer une traction assez forte pour qu'il agisse comme un écraseur, et les extrémités coupées au niveau de la peau disparaissent immédiatement.

Pas une goutte de sang ne s'est écoulée pendant l'opération, la peau présente deux piqûres qui se ferment en quelques heures. Le malade est tenu quelques jours au lit, pour permettre au fil de s'entourer de lymphe plastique. Le bandage devient inutile et même nuisible. Un seul point de suture suffit dans le plus grand nombre des cas. Si l'orifice était très-large, on pourrait en faire deux ou même trois. Mais on voit combien il est nécessaire que l'aiguille ne perfore pas en deux endroits différents le scrotum ou la peau qui recouvre l'anneau. (*The Lancet*, septembre 1866.)

Chloroforme et éther contre les larves. Un médecin de la marine, M. Coquerel, a décrit un diptère sous le nom de *Lucilia homini vorax*, qui, à la Guyane et à Cayenne, cause des accidents mortels en déposant ses œufs dans les narines de l'homme pendant son sommeil. Une infinité de larves en est rapidement la conséquence, qui, en envahissant par centaines les fosses nasales, les sinus frontaux, déterminent des accidents mortels après huit, dix à douze jours au plus. Sur cinq cas bien caractérisés, quatre furent mortels. Aussi notre confrère déplorait-il l'impuissance à peu près radicale de la science pour conjurer ces accidents, sinon par la trépanation des sinus frontaux, qui est un moyen extrême.

Plusieurs années après, les chirurgiens militaires français observaient, durant l'expédition du Mexique, des accidents semblables dus à la piqûre d'une mouche qui, par ses reflets brillants, d'un bleu foncé et violacé, ressemble à la *Musca carnaria*. Selon la remarque de M. Thomas, l'un d'eux, les individus atteints d'ozène, ou ayant le nez malpropre, y sont prédisposés. Petites, et d'abord d'un blanc opaque, fusiformes, ces larves grossissent rapidement et atteignent environ 15 mil-

limètres de longueur. Quatre fois elles siégeaient dans les fosses nasales, exhalant une odeur désagréable, et une fois dans le masséter gauche, chez un grenadier de la légion étrangère ayant un petit furoncle sur la partie correspondante. En moins de trois jours, elles avaient produit, dans ce dernier cas, une ulcération plus large qu'une pièce de 2 francs, perforant le masséter jusqu'à l'os, et envahissaient déjà la région parotidienne. Dans le nez, elles détruisent la muqueuse, réduisent rapidement en bouillie tous les tissus, dénudent et perforent les cartilages, et mettent à nu les os, qui ne tardent pas à se nécroser.

Unvermicide contre ce dangereux parasite était donc vivement à désirer. Après une foule d'essais et d'expériences infructueux, M. Dauzats, pharmacien aide-major à l'hôpital de Cordova, assisté de M. Jacob, médecin aide-major, découvrit l'action destructive du chloroforme, qui fut dès lors employé en inhalations et en injections avec le plus grand succès. Tous les malades chez lesquels on l'a employé ont guéri comme par enchantement. Sur sept cas, un seul fut fatal en raison des ravages effrayants que faisaient les larves depuis huit jours dans le nez et le pharynx lorsqu'on l'employa. M. Jacob en rapporte un huitième où deux cent vingt larves furent expulsées par ce moyen.

Si les inhalations suffisent à faire détacher et tomber ces larves en grande quantité, il est toujours prudent de recourir aux injections avec parties égales de chloroforme et eau. Elles détruisent presque instantanément celles qui se sont introduites profondément, et peuvent être considérées comme infaillibles à cet égard.

Comme succédané, M. le professeur Jarvavay a eu recours à l'éther sulfurique dans un cas analogue qui s'est offert à l'hôpital Beaujon. Le malade accusait de vives douleurs dans l'oreille gauche, s'irradiant dans le front, l'arcade sourcilière, la tempe et l'apophyse mastoïde, avec céphalalgie, larmoiement, crampes et fourmillements dans les bras, tremblements dans les jambes, nausées. Après avoir constaté la présence de deux larves dans le conduit auditif externe, le chirurgien y instilla quelques gouttes d'éther, qui suffirent à faire tomber une centaine de larves sur l'oreiller pendant la nuit.

A la visite du lendemain, de grosses larves du *musca carnaria* grouillaient encore au fond du conduit. Deux injections suffirent à les détruire, mais on découvrit la perforation du tympan expliquant la persistance des douleurs, que l'usage des émollients fit bientôt cesser.

Si ce dernier fait a pu se produire avec succès en France, à l'insu peut-être des précédents, on voit qu'il n'est pas inutile de les faire connaître, puisqu'ils peuvent s'y répéter, afin que chaque praticien connaisse le moyen spécifique pour la destruction de ces larves. (*Mémoires de médecine militaire* et *Union médicale.*)

Pansement des plaies par la solution de chlorure de zinc. En voyant les effets de ce caustique solide sur une plaie cancéreuse, M. de Morgan eut l'idée de l'employer en solution à sa clinique de l'hôpital de Middlesex, afin que la pénétration des tissus en fût plus profonde et complète. L'absence de douleur, de rougeur, de suppuration et d'odeur, lui en fit bientôt étendre l'usage à toutes les plaies, sans exception de tissu, musculaire ou cellulaire, osseux ou séreux. Avant d'en réunir les lèvres, il passe sur toute la superficie saignante une éponge imbibée de cette solution faite dans la proportion de 40 grains, soit 2 grammes 50 centigrammes environ pour 32 grammes d'eau. Le premier effet est une excitation des capillaires et un suintement sanguin des parties non saignantes auparavant. Le sang devient ensuite crémeux et de couleur d'œillet. En réitérant l'application, toute la superficie se ramollit et acquiert cette couleur.

Suivant la doctrine qui tend à s'accréditer sur les avantages des caustiques, le chirurgien anglais attribue à celui-ci la propriété de prévenir l'érysipèle et la pyoémie. Durant neuf mois qu'il l'a employé dans ses salles, où il y avait des cas d'érysipèle, aucun érysipèle consécutif chirurgical ne s'est montré, sinon sur une vieille femme opérée d'une tumeur de la mamelle, sur laquelle l'emploi de la solution avait été omis. Il n'y eut que deux cas de résorption purulente, et l'absence d'odeur, le peu de suppuration et le bon aspect des plaies lui semblent devoir en recommander l'usage.

Voilà donc les caustiques succédant aux alcooliques dans le pansement des plaies, comme ceux-ci ont succédé aux résolutifs, aux émollients. La progression thérapeutique est manifeste et conforme aux doctrines médicales ré-

gnantes sur l'altération des liquides. Sans reproduire ici les théories que l'on peut faire valoir en faveur de la solution du chlorure de zinc en particulier, il nous semble difficile d'y recourir pour les plaies ordinaires sans avoir été témoin de ses bons effets. Autant nous l'emploierions avec confiance pour modifier une plaie de mauvais aspect, de nature suspecte, cachectique, cancéreuse ou scrofuleuse, autant nous hésiterions à l'appliquer sur des tissus sains que la nature médicatrice suffit ordinairement à réunir et à cicatriser. (*Lancet* et *Union médicale*.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Sur les causes de la mortalité des nouveau-nés et les moyens d'y remédier. MM. Odier et Blache fils ont étudié les conditions dans lesquelles se trouvent les enfants à leur naissance et dans les jours qui suivent, car il serait injuste d'accuser toujours les nourrices d'être la seule cause de la mortalité des enfants qu'on leur remet si souvent dans un état de santé pitoyable. Grâce à leur position d'internes à la Maternité, aux Enfants assistés et dans le service d'accouchement de l'hôpital Saint-Louis, MM. Odier et Blache ont pu recueillir de nombreuses observations sur cette première période de la vie des enfants. Dans leurs recherches, ils se sont servis de la méthode des pesées, que l'un d'eux a vue fonctionner à la Maternité.

Le système des pesées introduit par eux depuis le 1er janvier leur a fourni déjà un nombre considérable d'observations dont ils ont extrait 286, représentant le nombre des enfants nés à terme dans la salle d'accouchement, du 1er janvier au 31 juin 1866, et sortis vivants de l'hôpital Saint-Louis.

Le poids maximum a été de 3,000 à 3,500 grammes.

Sur ces 286 enfants, 115 ont augmenté, 145 ont diminué, 28 sont restés stationnaires.

Les auteurs ont cherché à déterminer les causes qui ont amené des diminutions de poids. Parmi les causes qui leur ont paru agir le plus souvent au détriment de l'enfant, ils citent l'abus si fréquent de l'eau sucrée, qui, remplaçant le colostrum, retarde l'expulsion du méconium, et l'établissement des fonctions du nouveau-né.

Une autre cause de déperdition réside dans la façon irrégulière dont on dirige la lactation.

Sur les 286 enfants sortis de Saint-Louis, 171 étaient dans des conditions hygiéniques plus ou moins mauvaises, quelques-uns même étaient en si mauvais état qu'ils ont dû succomber. Les auteurs déduisent de ce fait que ce n'est pas toujours aux nourrices, mais souvent aux mères elles-mêmes qu'il faut faire remonter la responsabilité d'un mauvais allaitement ou de l'absence de soins. Suivent de nombreux faits à l'appui.

En résumé, comme moyen de constater et de surveiller l'état de prospérité de l'enfant, MM. Odier et Blache proposent l'introduction des pesées obligatoires.

Voici comment ils entendraient l'organisation de ce système :

1° Lorsqu'un enfant sera confié à une nourrice, il sera pesé et son poids inscrit sur son bulletin ;

2° Lorsque la nourrice arrivera dans sa commune, elle remettra à l'employé de l'autorité son bulletin, qui sera transcrit sur un registre spécial ;

3° Toutes les semaines un médecin inspecteur se rendra auprès de l'autorité et les nourrices devront toutes présenter leur enfant, qui sera pesé et dont le poids sera mentionné de nouveau sur le registre susdit. S'il y a diminution, le médecin s'enquerra de la cause et jugera si c'est à la maladie, à un défaut de soins ou à un vice d'alimentation qu'on doit l'attribuer. Or l'expérience a prouvé, ajoutent-ils, que c'est dans la majorité des cas aux vices d'alimentation qu'il faut attribuer la déperdition des enfants.

Les auteurs terminent leur travail en faisant ressortir les avantages que pourrait offrir encore ce système sous d'autres rapports, notamment comme renseignement utile à consulter pour les chirurgiens avant d'entreprendre une opération jugée utile. (*Académie de médecine.*)

Effets du dypsacus sylvestris (cardère, chardon à foulon) contre la gangrène qui vient souvent compliquer les plaies contuses et par armes à feu. Les effets du *dypsacus sylvestris*, dit M. Beullard, sont tels que

le quinquina, le camphre et tous les autres antiseptiques, réputés classiques, sont distancés de bien loin, ainsi que je l'ai constaté par des expériences comparatives que j'ai faites pour être bien fixé sur la valeur thérapeutique de cette plante.

Voici comment j'applique ce médicament :

A l'aide du bistouri ou des ciseaux courbes, j'enlève le plus possible de tissus mortifiés, mais en évitant d'arriver jusqu'au vif; je préviens ainsi et la douleur et l'hémorrhagie (au chirurgien de juger si des débridements sont nécessaires); je lotionne la plaie avec de l'eau chlorurée au dixième, puis je la remplis de feuilles vertes hachées très-fin, et de manière que tous les points soient bien en contact avec le médicament; je recouvre d'une compresse, et le tout est maintenu à l'aide de quelques tours de bande. Ici je ne fais qu'un pansement par vingt-quatre heures; dans les pays méridionaux, je crois qu'il serait urgent de panser matin et soir. Sous l'influence de ce simple topique, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, quelquefois plus (il ne faut pas se rebuter, le succès est certain), la *plaie gangréneuse* est ramenée à l'état de plaie simple, la couleur noire a disparu, une suppuration de bonne nature s'est établie et les bourgeons charnus commencent à pousser.

La tige du dypsacus n'étant à l'état vert que pendant la fin du printemps et le commencement de l'été, il serait bon, surtout lorsqu'il en faut de grandes quantités, d'en avoir sous forme d'extrait, qui réussit aussi bien que les feuilles vertes. Je l'applique soit pur, étendu sur des compresses fenêtrées, soit ramené à l'état liquide avec un peu d'eau; dans ce cas, j'en imprègne la charpie avec laquelle je panse la plaie. (*Académie des sciences.*)

Plombage des plaies. Une communication récente faite à l'Académie de médecine de Belgique renouvelle les avantages de ce mode de pansement, préconisé depuis plusieurs années par le professeur Burggraeve dans son service do l'hôpital civil de Gand. Il consiste tout simplement dans l'application de feuilles de plomb laminées fixées par des bandelettes agglutinatives. Des injections poussées sous cette espèce de cuirasse servent à nettoyer la plaie, et il suffit de soulever successivement ces lames de plomb pour s'assurer de son état.

A en juger du moins par les treize observations citées sommairement, il a été appliqué le plus souvent sur des plaies par écrasement, contusion, déchirure, arrachement, lacération avec ou sans fracture, chez les ouvriers des nombreuses fabriques et manufactures de la ville, que des machines dangereuses, traîtres et homicides conduisent ainsi à l'hôpital. Ses avantages seraient l'occlusion qu'il réalise plus ou moins complétement sous l'action *calmante* et *résolutive* du plomb. Une fois l'élimination des tissus mortifiés accomplie, le bourgeonnement en est rapide, intense; la suppuration peu abondante et remplacée par l'exsudat plastique. De là, absence des douleurs, des souffrances causées par l'intervention de l'instrument tranchant, rapidité de la guérison et moindre séjour à l'hôpital. (*Bull. acad. de méd. de Belgique*, n° 5.)

VARIÉTÉS.

Congrès médical international de Paris (1).

QUESTION III.

EST-IL POSSIBLE DE PROPOSER AUX DIVERS GOUVERNEMENTS QUELQUES MESURES EFFICACES POUR RESTREINDRE LA PROPAGATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES ?

Les droits de la liberté individuelle imposent à la discussion de cette question des limites naturelles qu'elle ne peut pas franchir. La solution du problème ne sera donc pas cherchée dans une pénalité nouvelle, applicable aux individus qui vivent sous la loi civile commune. Mais, dans un autre ordre d'idées, l'examen des points suivants donnera vraisemblablement lieu à des conclusions fructueuses.

L'influence respective des diverses espèces de prostitution sur la propagation

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 330.

des maladies vénériennes n'est qu'imparfaitement connue. Or, c'est là une sorte de question préalable dont l'importance n'est pas douteuse. Si, en effet, des documents positifs de provenances diverses démontraient qu'il existe à cet égard des différences considérables entre la prostitution tolérée ou réglementée et la prostitution clandestine, ces renseignements précis pourraient être le point de départ de mesures administratives nouvelles qui, légitimées à l'avance par l'observation scientifique, seraient déjà par elles-mêmes un véritable progrès.

Quels que soient au surplus les résultats de cette enquête, un fait est dès aujourd'hui bien certain, c'est que la surveillance de la prostitution est insuffisante au point de vue de la santé publique. Un contrôle plus efficace est donc nécessaire, et il y a lieu d'examiner les meilleurs moyens de l'obtenir.

Il ne sera pas moins opportun de rechercher si quelques mesures spéciales peuvent être appliquées aux soldats et aux marins, car en tous pays, ces grandes agglomérations d'hommes constituent des foyers de contagion, dont la puissance exceptionnelle est depuis longtemps connue.

Telles sont les principales questions que soulève cet important problème d'hygiène publique. Si quelques conclusions rigoureuses sont formulées sur l'un ou sur l'autre de ces points, les délibérations du congrès pourront servir de bases à des propositions motivées soumises à l'examen des gouvernements.

QUESTION IV.

DE L'INFLUENCE DE L'ALIMENTATION USITÉE DANS LES DIFFÉRENTS PAYS SUR LA PRODUCTION DE CERTAINES MALADIES.

Le rôle de l'alimentation dans la production des maladies n'est pas contesté. Mais, en raison même de l'intérêt qu'il présente et des nombreuses questions qu'il soulève, ce sujet est trop vaste pour être traité fructueusement dans son ensemble; aussi la commission a-t-elle jugé utile de le circonscrire entre des limites plus étroites. Dans ce but, et s'attachant de préférence aux données les moins connues, elle a éliminé du programme l'étude des boissons et de l'alimentation insuffisante, dont l'action morbigène est clairement élucidée; les recherches seront donc bornées à l'alimentation exclusive et à l'alimentation nuisible.

Dans le premier ordre de faits, on étudiera les maladies accidentelles, endémiques ou épidémiques qui peuvent résulter, soit de l'alimentation exclusive, végétale ou animale, soit de l'usage habituel et prépondérant de certaines substances, et l'on s'efforcera de saisir les raisons physiologiques des phénomènes morbides qui sont ainsi déterminés. A cette même classe de faits appartiennent aussi les accidents que produisent divers modes de préparation, la fumure, par exemple, la salaison et le boucanage. Corollaires des premiers, les faits de ce genre ne devront pas être négligés.

Sous le chef: alimentation nuisible, la commission n'entend pas comprendre les substances vénéneuses qui peuvent être accidentellement employées comme aliments; on laissera donc absolument de côté les empoisonnements produits par les champignons, par les baies de belladone, par exemple, ou par certains poissons constamment toxiques. On limitera l'examen aux altérations spontanées des substances végétales et animales; on élucidera, s'il se peut, la nature de ces altérations, on recherchera les conditions de temps et de lieux qui les favorisent, et l'on décrira, en s'appuyant sur des faits positifs, les maladies que l'aliment ainsi altéré peut amener chez l'homme. On s'efforcera, en outre, de déterminer l'action pathogénique respective de l'alimentation exclusive et de l'alimentation nuisible sur certaines maladies, la pellagre, par exemple, dont l'étiologie n'est pas encore parfaitement fixée.

Ainsi entendu, le programme embrasse les éléments les plus obscurs du problème; aussi, bien que limité, il présente une utilité réelle et pour la science et pour la pratique.

(La suite au prochain numéro.)

Par décret en date du 26 septembre 1866, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. Julien (Charles-Marie), médecin principal de la marine, médecin en chef de la division navale cuirassée, à bord du *Magenta*; chevalier le 25 juillet 1859 : 21 ans de services effectifs, dont

14 à la mer, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Liste, par ordre numérique, des élèves admis à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg.

Élèves en médecine. — 1. Bailly (Marie-Théophile-Ulysse); Belime (Jules-Nicolas); Moine (Charles-Hubert); Magne (Paul-Armand-Joseph); Lucotte (Jacques-Hippolyte-Arthur); Duterque (Pierre-Eugène-Charles); Pasquier (Georges-Charles); Delorme (Edmond); Bonnefon (Louis-Bernard-Auguste); Bourdon (René-Charles);

11. Ternisien (Julien-Stanislas-Henri); Roberdeau (Eugène); Petitgand (Théophile-Jules-Marie); Pennarun (Alphonse); Roch (Charles Albert; Pilet (Marie-René-Albert); Nicomède (Louis-Marie-Olive-Gaston); Guillaumont (Marie-Félix-Bruno); François (Ernest-Alfred-Pierre); Rédier (Jean-Marie);

21. Etienne Duchadenet (Auguste-Charlemagne); Dardignac (Jean-Joseph-André); Burill (Paul-Louis-Alain); Mengiu (Marie-Eugène); Nouet (Ange); Gouell (Edmond-Guillaume-Marie-Pierre); Lausiès (Victor-Jean-Marie); Febvre (Jules); Carayon (Joseph-Marie); Salvetat (Louis-Antoine).

31. Mathieu (Charles-Marie-Albert); Blot (Jules-Henri); Boucher (Léon-Jean-Baptiste); Dubois (Henri-Georges-Léonard); Dupuy (Jean-Baptiste-Victor); Forgemol (Léopold-Léonard-Marie); Rigal (Pierre-Mathieu-Victor-Albert); Eude (Ferdinand); Mussat (Albert-Etienne-François); Julié (Jean-Marie-Henri).

41. Sauveroche (Pierre-Edmond); Brisset (Marie-Jules-Léon); Aubry (Paul-Victor); Barthé (Henri-Marcaise); Bienvenüe (André-Louis-Marie); Dupont (Louis-Pierre); Grandmougiu (Jean-Constant-Félix-Maurice); Gigon (Pierre-Chéri-Fabien-Théophile); De Ferré (Eugène); Fluteau (Jean-Philippe).

51. Lahat (Jean-Baptiste-Louis-Alexandre); Donion (Jules-Frédéric); Charvot (Eugène-Louis); Labrousse (Michel-Philippe); Tronyo (Ernest-Jean-Joseph); Willigens (Charles-Albert); Laydecker (Charles-Anselme); Gerboin (Charles-Emile); Antoine (Charles-Victor); Moty (Fernand-Léonard-Alexis).

61. Quivogne (Gustave-Abel); Digard (Henri-Joseph-Victor); Greuell (Maurice-Camille-Armand); Cazalas (Marie-Bernard-Gabriel); De Juglat Saint-Georges (Claude-Xavier-Adrien); Autellet (Pierre-Maximin-Ernest-Amédée); Barois (Paul-Pierre); Thiébault (Eugène-Florentin-Marie); Metzquer (Pierre-François-Jean-Edmond); Grosjean (Nicolas-Félix).

71. Cluzant (Jean); Sauzède (Paul-Marie-Melchior-Frédéric); Lemoine (Alphonse-Joseph); Gerhardt (Gaston-Victor); Durand (Joseph-Charles-Victor); Kablé (Louis); Muller (Frédéric-Auguste); Gross (Charles); Mestrude (Antoine-Marie-Ferdinand); Gamon (Jules-Joseph-Firmin).

81. Vollier (Georges-Albert-François); Lartigue (Louis-Joseph-Henri); Laffitte (Eugène-Antoine); Trifaud (Louis-Alexandre).

Élèves en pharmacie. — 1. Masson (Nicolas-Victor); Renaud (Fernand); Leroy (Charles-François-Ferdinand); Bernard (Victor-Eugène); Passabose (Paul-Auguste); Viennet, dit *Bourdin* (Gustave-Charles-Edouard-Antoine); Décohert (Alphonse-Léon); Bonnarel (Jules-Antoine-Eugène); Janin (Jules-Nicolas); Delahousse (Paul-René).

11. Haas (Victor-Emile); Rahy (Louis-Hippolyte); Mather (Louis-Nicolas-Lucien); Clément (François-Victor-Laurent); Fromond (Claude-Hippolyte); Tournier (Alfred); Aumignon (Louis-René).

Internat : Le jury est composé de MM. Sée, Moissenet, Vulpian, Dolbeau, Giraldès, juges titulaires; Blachez et Guérin, suppléants.

Externat : Les juges sont : MM. Isambert, Guyot, Tarnier, Sée, Simon, juges titulaires; Raynaud et Cruveilhier, juges suppléants.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Cahen, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine, médecin en chef de l'hôpital de Rothschild et du chemin de fer du Nord.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Épidémie cholérique de 1866. — Prophylaxie et thérapeutique.

Par le docteur Ernest BESNIER, médecin du Bureau central des hôpitaux.

Bien que l'épidémie cholérique de 1866 se distingue de celles qui l'ont précédée par quelques particularités de détail, elle n'en reste pas moins, dans son ensemble, comparable aux épidémies cholériques de toutes les époques et de tous les pays, et conforme au plan général des maladies épidémiques, lesquelles sont dominées dans leur développement, leur marche et leur terminaison, par des lois supérieures contre lesquelles les forces humaines ne peuvent que bien imparfaitement lutter. Seule, l'absence de doctrine philosophique et médicale a pu faire naître, aux diverses invasions de la maladie, ces opinions extrêmes, contradictoires et exclusives, dont les bons esprits s'étonnent de voir renouveler aujourd'hui l'expression passionnée. Aussi, malgré les travaux persévérants d'un nombre considérable de praticiens éminents de tous les pays, la notion scientifique du choléra ne se dégage qu'avec une extrême lenteur, et n'apparaît encore qu'à l'état d'ébauche imparfaite : on croit connaître, il est vrai, le foyer d'origine, ou, au moins, le foyer principal de la maladie ; on a décrit avec une exactitude remarquable son évolution symptomatique, les lésions anatomiques qui peuvent se produire secondairement à ses diverses périodes, non moins que les caractères chimiques et microscopiques des produits évacués pendant son cours ; on a pu même, appliquant à la pathologie les données les plus récentes de la physiologie contemporaine, restaurer avec talent ou transformer quelques-unes des théories précédemment émises sur sa nature, mais il reste toujours à produire sa formule positive, à comprendre et à vulgariser son mode de développement et de transmission ; il reste enfin à trouver les premiers éléments d'une médication efficace. Cependant le temps presse, car la fréquence des invasions cholériques semble se multiplier dans une proportion dont nul ne saurait fixer le degré à venir ; aussi pensons-nous que cette situation impose à tous les médecins, isolés ou réunis en associations scientifiques, l'impérieux devoir de faire de cette maladie l'un des premiers sujets de leurs méditations et de leurs recherches.

I. — COUP D'OEIL SUR LA PROPHYLAXIE GÉNÉRALE.

S'il est vrai, comme cela semble démontré, que le choléra prenne incessamment son origine exclusive dans la vallée du Gange, la véritable prophylaxie consisterait à tenter de détruire, sur place, les causes qui lui donnent naissance; mais, par malheur, « nous ne connaissons pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde, et y règne dans certaines localités à l'état endémique, » et aucune des hypothèses qui ont été émises à cet égard, et qui trouvent en Europe un si facile crédit, n'a pu être justifiée par l'enquête faite au sein de la commission internationale ([1]). Toutefois, si le foyer ne peut être détruit, il n'en est que plus urgent de savoir s'il ne serait pas possible de préserver les autres contrées, ou s'il faut se résigner à subir sans cesse de nouvelles atteintes. Dans le cas, en effet, où la transmission du choléra serait démontrée pouvoir se faire à de grandes distances, par voie atmosphérique, aucune barrière humaine ne pourrait lui être opposée; mais, au contraire, s'il était prouvé, selon l'opinion qui tend le plus à s'accréditer aujourd'hui (mais à l'égard de laquelle il est sage de faire encore quelques réserves), que la maladie peut être transportée seulement par les hommes et par les choses provenant de lieux infectés, on pourrait entrevoir la possibilité de préserver un pays ou une localité en interdisant l'entrée à toute provenance suspecte; mais, par malheur encore, à moins de vouloir se faire illusion, on est forcé de reconnaître que, dans un siècle et dans un pays où toutes les barrières fléchissent, il est à craindre que la prohibition ne puisse jamais être que partielle, tardive, et par conséquent insuffisante. Et, d'ailleurs, sur quelle donnée certaine pouvoir établir une réglementation sanitaire, et où pourront s'arrêter les limites de la prohibition après cette déclaration de la conférence sanitaire internationale : « *que le danger d'importation par les navires et celui de donner lieu à une épidémie grave ne sont pas entièrement subordonnés à l'intensité* NI MÊME A L'EXISTENCE D'ACCIDENTS CHOLÉRIQUES *constatés à bord pendant la traversée,* » et quand on réfléchira que cette traversée, comme pour l'épidémie de la Guadeloupe, peut avoir duré trente-six jours, *sans qu'il y ait jamais eu trace de choléra à bord du navire incriminé* ([2]) !

([1]) *Rapport à la conférence sanitaire internationale*, etc.; docteur Fauvel, rapporteur général de la commission. In-4°. Constantinople, imprimerie du *Levant-Herald*, mai 1866, p. 13.

([2]) Deux navires ont été accusés d'avoir importé le choléra à la Guadeloupe :

Il est évident, d'autre part, qu'une fois le choléra importé, de quelque façon que ce soit, dans un pays voisin et continental, toute prohibition devient impossible, et qu'il ne saurait y avoir aucune barrière à opposer à l'invasion des épidémies cholériques dans les villes de l'intérieur, le flot incessant d'hommes qui les parcourt ne pouvant être maintenu par aucune digue. De même, alors que le choléra existe dans une ville, il n'y a, pour ses habitants, d'autre prophylaxie radicale que l'émigration, car il n'est pas nécessaire, est-il besoin de le dire, pour être atteint, qu'il y ait eu rapport direct avec des sujets infectés. Le choléra, en effet, sous ce point de vue comme sous un grand nombre d'autres, se comporte à la manière des maladies à la fois épidémiques et contagieuses, telles que la variole, la rougeole, etc., lesquelles atteignent particulièrement ceux qui s'exposent à un rapprochement immédiat avec des individus déjà frappés, mais, alors qu'elles règnent à l'état épidémique, se développent aussi très-fréquemment en dehors de tout rapport suspect. Ces vérités fondamentales ressortent avec une vive clarté de l'observation des faits de la présente épidémie, non moins que de celles développées antérieurement ; elles auront assurément frappé tous les esprits, et la presse médicale n'aura plus à enregistrer, on doit l'espérer, que des travaux où une observation vraiment médicale remplacera des digressions vaines et stériles sur la contagion ou la non-contagion du choléra.

Avant d'aller plus loin, nous devons nous arrêter quelques instants sur une question très-importante pour les grandes cités, et qui sera éclairée, sinon résolue, par l'observation des deux dernières épidémies de Paris, nous voulons parler de l'*isolement des cholériques dans les hôpitaux de Paris*. Dans les épidémies antérieures à l'année 1865, les sujets atteints de choléra que l'on transportait dans les hôpitaux étaient généralement placés dans les salles communes, à

l'un, *la Virginie*, parti de Marseille le 3 septembre, au moment où l'épidémie régnait dans cette ville, et arrivé à la Pointe-à-Pitre le 9 octobre, après trente-six jours de traversée, sans qu'il y ait eu aucun malade à bord ni avant ni après. Or, comme le choléra éclata du 22 au 25, époque à laquelle fut seulement déchargé le navire, on supposa qu'il y avait entre ces deux coïncidences une relation de cause à effet. Un deuxième navire a été incriminé, mais l'accusation était encore moins fondée que pour le précédent, car il n'arrivait pas d'un pays infecté, et il n'avait pas de malades à bord. En présence de faits semblables, toute conclusion positive serait prématurée, et nous les avons rappelés ici dans le seul but de justifier les réserves que nous avons cru devoir établir à l'occasion du développement spontané du choléra en dehors de l'Inde.

côté des malades ordinaires ; ceux qui étaient atteints à l'intérieur de l'établissement conservaient leur place, et recevaient dans leur lit les soins appropriés. Cette pratique parut d'abord toute naturelle et exempte d'inconvénients ; mais les idées de contagion prenant quelque faveur et pénétrant dans les hautes sphères administratives, on pensa, avec la plus grande logique, que le voisinage des cholériques était dangereux pour les malades ordinaires ; on lui attribua le nombre énorme des cas intérieurs développés dans les hôpitaux généraux, et l'éminent administrateur qui dirige l'Assistance publique à Paris décréta et appliqua l'isolement des cholériques dans tous ses établissements, en créant des salles spéciales, choisies avec le concours des médecins, et dans lesquelles furent placés non-seulement les malades amenés du dehors, mais encore tous ceux qui furent pris à l'intérieur de l'hôpital. On savait bien que cette mesure apporterait quelque perturbation dans les coutumes hospitalières ; on n'ignorait pas que ce serait, pour les malades atteints dans les salles communes, une bien douloureuse et bien *funeste* émotion que de se voir enlevés de leur lit et transportés dans la salle des cholériques (1) ; on n'était pas absolument certain que cette agglomération ne créerait pas, dans certains établissements, un foyer secondaire redoutable ; mais enfin, tous ces arguments pouvaient être combattus, et la mesure fut appliquée et étendue à tous les hôpitaux.

Nous ne voulons pas anticiper sur les rapports officiels qui feront connaître, en temps opportun, les résultats définitifs qui auront été obtenus ; nous pouvons dire, toutefois, qu'ils n'ont pas répondu partout à la très-légitime espérance fondée par l'administration, et que le chiffre des cas intérieurs n'a pas été, dans tous les établissements, en rapport avec le plus ou moins de perfection de l'isolement. C'est ainsi, par exemple, qu'à l'hôpital Lariboisière, où le système séparatif a été *complet*, *absolu*, puisque les malades ont été placés dans un pavillon tout à fait isolé des autres, le nombre des cas intérieurs s'est élevé néanmoins à plus de 20 pour 100, tandis qu'à l'hôpital Saint-Antoine, où le système n'a pu être appliqué que d'une manière très-incomplète, le nombre des cas intérieurs ne s'é-

(1) Ce transport, dans l'esprit d'un grand nombre de malades, équivalait à un arrêt de mort. — D'un autre côté, l'agglomération des cholériques en grand nombre dans une salle spéciale fournit le plus lamentable spectacle auquel on puisse assister : la mort y frappe si souvent, que les malheureux survivants perdent rapidement tout espoir.

lève qu'à 2 pour 100 [1]. Il faut le dire, d'ailleurs, l'épreuve restera inévitablement douteuse par cela même que la mesure a été générale; il eût été nécessaire, pour pouvoir établir un jugement comparatif, de mettre en parallèle, pendant la même épidémie, divers établissements placés dans une même zone urbaine et de pratiquer l'isolement dans l'un, la communauté dans l'autre. Dans le cas où il ne serait pas encore possible de réaliser prochainement le projet des hôpitaux temporaires, nous pensons que c'est sous cette forme comparative que l'expérience devrait être recommencée; mais nous persistons à déclarer, comme nous l'avons déjà fait ailleurs, que l'entrée des hôpitaux généraux devrait être refusée d'une manière absolue, et avec la plus minutieuse surveillance, aux cholériques du dehors, et qu'il faut tenter encore une fois de conserver dans leur salle, et de traiter dans les lits qu'ils occupent, les cholériques frappés à l'intérieur des établissements hospitaliers.

Suivant l'opinion qui paraît avoir le plus de tendance à s'établir d'après l'observation des dernières épidémies cholériques, les *matières des déjections* seraient l'agent le plus actif de transmission de la maladie. Nous pensons que cela est réel dans un certain nombre de circonstances, mais non pas constamment, ni pendant toute la durée de l'épidémie, et que l'on a aussi un peu exagéré de ce côté : en effet, entre autres faits négatifs et contradictoires dont on ne peut omettre de tenir compte, il faut signaler le nombre *relativement* peu considérable de cas développés parmi les gens de service des salles de cholériques, en contact presque continuel, on peut le dire, avec ces évacuations. Ces réserves posées, hâtons-nous d'ajouter

---

(1) *Union médicale*, 18 septembre 1866. — Voir aussi, même journal, 1866, n° 125, p. 113, 114, 126, les faits rapportés par l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, M. le professeur Leudet, faits très-propres à montrer combien il faut de réserve dans le jugement de toutes ces questions : « Quoique les cholériques n'aient pas été isolés à l'hôpital de Rouen, qu'ils aient été traités, au contraire, dans les salles communes, quoiqu'on n'ait pris aucune de ces précautions, comme d'enlever les objets de literie pour les soumettre à des lavages et à des purifications, aucun cas intérieur de choléra ne s'est développé à l'Hôtel-Dieu de Rouen. »

A l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, où l'isolement a été aussi parfait que possible, où les déjections cholériques ont été immédiatement enlevées et désinfectées, les visites aux malades interdites, etc., on a compté, cette année, 6 cas intérieurs sur un total de 94 cas. (Villemin, communication à la Société des hôpitaux.)

qu'il n'en est pas moins absolument indiqué d'enlever le plus rapidement possible ces déjections, de les détruire chimiquement, et surtout (nous ignorons si cela a été exécuté) de se garder de les jeter dans les fosses d'aisances devant servir à d'autres malades, non plus que dans les ruisseaux ou égouts publics.

Il était intéressant de savoir si la présence dans un lieu donné d'un ou de plusieurs *cadavres* de cholériques est de nature à développer la maladie, et s'il était urgent de prendre à cet égard, en temps d'épidémie, quelques mesures particulières, telles que d'accélérer le moment de l'inhumation. Aussi croyons-nous utile de donner ici les conclusions formulées à cet égard par la commission internationale après une discussion approfondie : « En réalité, dit le savant rapporteur (*loc. cit.*, p. 44), il n'y a pas de démonstration rigoureuse du fait de la transmission du choléra par des cadavres; et de ce qu'un cholérique ou ses déjections peuvent transmettre le choléra, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'un cadavre de cholérique, avec tout ce qu'il renferme, ait conservé la même propriété. Dans le doute, la commission a répondu : *Bien qu'il ne soit pas prouvé par des faits concluants que les cadavres de cholériques puissent transmettre le choléra, il est prudent de les considérer comme dangereux.* »

Relativement aux *effets à usage* provenant d'un lieu infecté, et spécialement à ceux qui ont servi aux cholériques, les documents fournis par le rapport de la commission sont des plus affirmatifs, et il semble même résulter de certains faits qui y sont consignés *que la maladie peut être transportée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de l'air libre.* Ce sera donc chose nécessaire de s'entourer à cet égard de toutes les précautions qui peuvent être mises en pratique, et cela d'autant mieux que les moyens de purification sont fort simples, et consistent surtout dans des *lavages à l'eau* et dans l'*exposition à l'air libre.* « L'air libre, dit M. Fauvel, est, pour les effets contaminés, un agent purificateur, et loin de pouvoir transporter intact à de grandes distances, comme on l'a cru, le principe générateur du choléra, il le détruit rapidement. » Le danger réside surtout dans l'air confiné, car, « il n'y a pas d'exemple, dit M. Fauvel, d'objets abandonnés à l'air libre qui, au delà d'un temps très-court (qu'on ne saurait toutefois préciser faute de données exactes), auraient transmis le choléra, tandis qu'il y a des cas tendant à prouver que la transmission a eu lieu par des effets tenus enfermés pendant plusieurs mois. »

Quant aux *marchandises* transportées d'un endroit infecté dans

un endroit sain, il a paru démontré à un grand nombre des membres de la commission internationale qu'il était sage de les considérer comme suspectes, mais on n'a pu établir aucun cas démontrant que des marchandises importées de l'Inde soit à Suez, soit directement en Europe, aient transmis le choléra.

Ainsi donc, on le voit, les grandes mesures prophylactiques générales dont l'expérience vraiment scientifique démontre l'importance ne sont autres que celles qui sont indiquées par les règles générales de l'hygiène. L'agglomération des individus, l'air confiné, les mauvaises conditions hygiéniques, voilà quelques-unes des principales causes qui favorisent le développement et la transmission du choléra : d'où il résulte que l'aération, la ventilation, les lavages, la dissémination des individus, doivent être mis au premier rang des mesures de prophylaxie générale. Quant aux *désinfectants* proprement dits, ils n'ont aucune spécificité d'action; leur emploi n'est assurément pas à dédaigner à titre de mesure hygiénique générale, toutefois les illusions que nourrissent à cet égard non-seulement les gens du monde, mais encore quelques médecins très-recommandables, ne sauraient résister au plus léger examen; nous passerons donc outre sans nous y arrêter davantage.

II. — PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE.

De même que la prophylaxie générale, la prophylaxie individuelle, au milieu d'un foyer cholérique, repose à peu près exclusivement sur l'observation des règles de l'hygiène. Si l'on excepte, en effet, un certain nombre de cas qui paraissent en dehors de la loi commune, on sait de la manière la plus positive que, toutes choses égales d'ailleurs, l'immunité, au milieu d'une épidémie cholérique, appartient surtout aux sujets vigoureux qui mettent en pratique, avec une certaine rigueur, les règles élémentaires de l'hygiène, à ceux, en un mot, qui présentent organiquement, ou d'une manière acquise, le plus haut degré de résistance vitale. Les constitutions affaiblies, dit avec une grande vérité M. Sée, dans ses belles leçons de pathologie expérimentale, offrent l'opportunité morbide la plus grande possible aux maladies épidémiques et contagieuses, d'où l'indication majeure en prophylaxie de tonifier. Nous n'aurions à rappeler à ce sujet que des notions bien connues qu'il serait oiseux de retracer ici; aussi nous n'insistons pas, et nous arrivons tout de suite à la question de la *diarrhée dite prémoni-*

toire, à propos de laquelle il existe un malentendu qu'il nous paraît urgent de faire cesser.

Nous avons déjà saisi l'occasion, dans un autre travail, d'établir par l'examen des faits relatifs à la présente épidémie, et à celles qui l'ont précédée, que la diarrhée dite prémonitoire était loin d'être aussi constante que cela était généralement enseigné, en nous basant sur des statistiques officielles et sur les plus récentes et les plus scrupuleuses observations faites par plusieurs médecins des hôpitaux de Paris. Nous avons rappelé qu'il ne fallait pas confondre avec la diarrhée prodromique du choléra les diarrhées si nombreuses qui accompagnent toutes les épidémies cholériques, et nous avons établi que, dans la grande majorité des cas, la diarrhée véritablement prodromique, quand elle existait, ne précédait que d'un temps très-court l'apparition de l'attaque cholérique proprement dite (voyez *Union médicale*, n° 123, 18 oct. 1866). D'un autre côté, tenant compte de la brièveté de cette période prémonitoire proprement dite dans un grand nombre de cas, remarquant combien, dans les hôpitaux, l'application *la plus immédiate* des soins appropriés à toutes les diarrhées avait eu peu d'influence sur le développement des cas intérieurs de choléra, n'oubliant pas enfin combien il était rare de pouvoir enrayer les maladies spécifiques à leur période *prodromique*, nous ne pouvons nous empêcher de croire que l'on s'est trop hâté d'apprécier la valeur de la thérapeutique dans cette circonstance. Sans aucun doute, il est urgent, au milieu d'une épidémie, de porter prompt remède à toutes les diarrhées quelles qu'elles soient, puisque ces diarrhées constituent une prédisposition à l'intoxication cholérique; mais ce serait s'abuser que d'y voir constamment un *prodrome* du choléra, et de croire, alors qu'on les a réprimées assez rapidement, que l'on a jugulé une attaque cholérique. C'est là cependant une opinion qui s'est répandue dans le public avec la facilité que tendent toujours à évoluer les idées erronées, et qu'il faut combattre comme dangereuses et inspirant une fausse sécurité. Combien de victimes en effet avaient secoué le joug de leur médecin, se croyant à l'abri, grâce à leur petite provision de bismuth et de laudanum, qui ont été saisies à l'improviste par les plus graves accidents!

(*La suite au prochain numéro.*)

Remarques sur la seringue de Pravaz,

Par M. le docteur Léon Danis, de Remiremont (Vosges).

La seringue de Pravaz et son emploi, vulgarisés en France par M. le professeur Béhier, pour les injections sous-cutanées, peuvent, si l'on n'y prend garde, donner lieu à des mécomptes, ainsi qu'il ressort pour nous de l'essai de l'instrument en question. En effet, si l'on s'en rapporte exclusivement aux indications données par le savant professeur, on pourra parfaitement être induit en erreur ; ce ne sera pas sa faute, mais celle du constructeur et du praticien qui emploie la méthode. M. Béhier, assisté de MM. Mialhe et Grassi, a constaté que chaque quart de tour de piston donne issue à une goutte de liquide; qu'il faut, pour remplir la petite canule, quatre quarts de tour, et cinq pour la plus grosse; que « c'est donc seulement au cinquième quart de tour que la canule la plus petite laisse échapper une goutte du liquide médicamenteux dans les tissus, et au sixième quart de tour seulement que ce résultat est obtenu avec la canule la plus forte. »

M. Béhier ajoute :

« Lorsqu'on procède ainsi par quart de tour de piston, on obtient, pour la capacité totale du corps de la seringue, 32 gouttes. Leur poids total est de 61 centigrammes, ce qui fait pour chaque goutte un poids de 16 milligrammes. Ces pesées réunies donnent donc, pour le poids moyen d'une goutte, 19 milligrammes, ou, en chiffre rond, 2 centigrammes. »

Voilà. Et si l'on accepte ces données comme applicables à toutes les seringues, on achète l'instrument, on injecte son malade et l'on peut être tout étonné ou de ne rien obtenir ou d'obtenir trop.

J'ai une seringue de Pravaz, je l'ai essayée. J'ai trouvé d'abord que, pour remplir la petite canule, il faut deux quarts de tour, au lieu des quatre de M. Béhier, pour faire paraître une gouttelette, et au troisième la goutte se complète, mais est plus grosse que les suivantes. De là, je conclus qu'il vaudrait mieux employer cette canule pour l'injection et la remplir avant de l'introduire dans celle qui est déjà sous-cutanée. On fait tomber la première goutte qui se montre, et de cette façon on n'est pas exposé à injecter une goutte de plus qu'on ne veut ou une goutte plus grosse que les autres. De plus, on ne fait pas entrer d'air, mais c'est peu de chose.

Pour la plus grosse des canules, il ne m'a fallu que trois quarts de tour pour faire apparaître la gouttelette complétée par le quatrième quart de tour.

Si donc j'injecte, d'après les chiffres de M. Béhier, avec la petite canule, je fais un tour complet pour la remplir ; et, sans le savoir, j'ai déjà introduit sous la peau deux gouttes de ma solution. Si je prends la grosse, je fais cinq quarts de tour, croyant la remplir seulement, et deux gouttes sont, à mon insu, introduites sous la peau.

Voilà un premier point, d'où je conclus que toutes les seringues de Pravaz n'ont pas absolument le même calibre de canules, et que l'on doit essayer soi-même son instrument, si l'on veut savoir ce que l'on fait.

M. Béhier dit, en outre, que sa seringue contient 61 centigrammes, fournissant 32 gouttes, c'est-à-dire 32 quarts de tour. Je préfère dire quart de tour, car la goutte varie suivant que l'on tient l'instrument droit ou incliné, pour qu'elle se détache, à l'air libre bien entendu ; ainsi la goutte se détache à un quart de tour l'instrument étant perpendiculaire, au bout de deux seulement quand il est horizontal.

Au lieu des chiffres de M. Béhier, le corps de pompe de la seringue que j'ai entre les mains contient 80 centigrammes, fournissant 58 quarts de tour. Si la proportion existait, cela ne signifierait rien ; mais pour qu'elle existât, il faudrait que pour 61 centigrammes la seringue de M. Béhier donnât 44 quarts de tour, au lieu de 32 ; le pas de vis est donc plus gros, les gouttes plus grosses aussi par conséquent, et M. Béhier trouve que chacune pèse 19 milligrammes, tandis que les miennes ne pèsent que 14 milligrammes. Si donc je veux injecter, avec les chiffres donnés, 2 milligrammes de sulfate d'atropine, en prenant une solution au 100e, je ferai 10 quarts de tour et en réalité je n'aurai introduit que 1$^{\text{milligr.}}$,4. Si, comme l'a fait M. Courty, on veut injecter, pour la dose la plus forte, 1 centigramme de sulfate d'atropine, avec les chiffres de M. Béhier, prenant une solution au 50e, on fera 25 quarts de tour. Remarquons que M. Courty dit que pour 1 centigramme il a fait 20 quarts de tour ; sa seringue différait donc de celle de M. Béhier, puisque pour la même quantité de substance médicamenteuse introduite, il a fait 5 quarts de tour de moins. Chacune de ses gouttes renfermait 5 dixièmes de milligramme : s'il eût pris les chiffres indiqués, il eût injecté deux milligrammes et demi de plus que 1 centigramme. Nous, avec notre seringue, pour injecter un centigramme avec la solution au 50e, au lieu de 25 quarts de tour, notre goutte pesant 14 milligrammes, il nous faudrait faire 33 quarts de tour.

De tout cela, nous concluons qu'il faut se rendre compte :

1° *De la quantité de liquide contenue dans le corps de pompe ;*

2° *Du nombre de quarts de tour nécessaire pour remplir les canules ;*

3° *Du nombre de quarts de tour que peut exécuter le piston ;*

4° *De la quantité de substance médicamenteuse contenue dans une goutte, d'après le poids total du liquide, le titre de la solution, le nombre de quarts de tour.*

Sans cela, on ne saura ce que l'on fait au juste, on injectera plus ou moins et l'on n'obtiendra quelquefois pas d'effet; d'autres fois, on obtiendra plus qu'on ne voulait.

Dr Léon DANIS, de Remiremont.

Remiremont, le 21 octobre 1866.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du strabisme chez les enfants,

Par M. P. GUERSANT, chirurgien honoraire des hôpitaux.

On donne le nom de *strabisme* à la déviation permanente de l'œil. Ce genre de déviation s'observe, en général, dans le jeune âge. Il se voit sur un seul œil ou sur les deux yeux ; lorsqu'on l'observe sur un œil, il y a manque d'harmonie ou de convergence particulière entre les deux axes visuels ; si un seul œil est affecté et qu'on ferme l'œil sain, l'œil dévié se redresse et se dirige vers l'objet qu'on présente ; quand la déviation existe sur les deux yeux, il y a divergence ou convergence.

Espèces. — Le strabisme peut être passager ou permanent ; ainsi, dans une convulsion, les yeux peuvent se dévier et ne pas rester déviés après la convulsion.

Sous le rapport de la direction, il y a quatre variétés principales : le strabisme interne ou convergent, l'externe ou divergent, en haut ou en bas, l'ascendant ou descendant. Le strabisme peut être fixe et rester tel qu'il est, ou bien passer d'un œil à l'autre ; alors, au lieu d'être fixe, il est alternatif.

Il faut reconnaître dans ces déviations plus ou moins d'intensité. Ainsi, quelquefois il y a un *premier degré*, dans lequel les axes des yeux sont bien dirigés quand on regarde de loin, tandis qu'ils se portent en dedans quand on regarde de près ; c'est ce qu'on appelle

faux trait de la vue. Il y a un *second degré,* dans lequel l'œil est franchement dévié, la cornée est à moitié cachée sous la paupière. Il y a un *troisième degré,* dans lequel l'œil est tellement dévié, qu'on n'aperçoit plus que le blanc de la cornée.

Les *causes de strabisme* sont ou des altérations de la vision survenues de diverses manières, ou des obstacles mécaniques, comme une tumeur de l'orbite; enfin la paralysie ou la rétraction d'un muscle.

Une des premières causes à signaler, surtout dans la tendre enfance, c'est la mauvaise habitude de ne se servir que d'un œil; ainsi la position qu'on donne à un nouveau-né relativement à la lumière fait qu'il ne dirige qu'un de ses yeux vers le jour, et de là un strabisme. On cite plusieurs cas de ce genre dans les ouvrages spéciaux, et dans ces cas on a guéri les enfants en les changeant de position et en exerçant l'œil dévié. On a vu certaines professions dans lesquelles on ne se sert que d'un œil, par exemple en regardant à la loupe, être cause de strabisme, même chez des individus déjà âgés.

Certaines lésions de la rétine, l'opacité du cristallin existant d'un seul côté, sont aussi cause de strabisme.

Les taches centrales, suites de kératite chez les enfants, produisent encore la déviation de l'œil malade.

Enfin, il y a des strabismes passagers dans des cas de convulsions, et quelquefois il y en a qui sont permanents.

Il ne faut pas oublier que si les émotions morales, le chagrin, la colère, etc., ne sont pas des causes de strabisme, elles peuvent en augmenter momentanément l'intensité. Enfin, certaines lésions de la substance cérébrale, soit aiguës, soit chroniques, peuvent déterminer graduellement ou subitement un strabisme.

Signes. — En indiquant les variétés, nous avons fait connaître les symptômes principaux, et, en général, il est facile de les reconnaître : il y a toujours défaut d'harmonie entre les axes des yeux; mais il faut ajouter que l'œil non dévié est souvent le seul qui conserve la faculté de la vision, et pourtant on peut constater le contraire; cependant l'œil dévié est toujours le plus faible et peut même devenir, par suite, amaurotique. On observe le plus ordinairement que l'œil dévié se dirige normalement, si on ferme l'œil sain. Chez quelques enfants, nous avons vu que le strabisme n'était appréciable que lorsqu'ils regardaient des objets éloignés, et qu'il n'existait plus quand ils examinaient des objets rapprochés.

L'œil dévié ne présente, dans ses différentes membranes, aucune

altération, à moins que le strabisme ne succède à une amaurose, à une cataracte, etc.

Souvent le strabisme est déterminé par une paralysie de la sixième ou de la troisième paire ; dans la paralysie de la sixième, il est dévié en dedans, et la pupille ne présente rien de particulier ; dans la troisième paire, l'œil est entraîné en dehors. On observe souvent de la dilatation de la pupille et, de plus, peu d'action dans la paupière supérieure.

Traitement. — Pour combattre le strabisme, il faut employer des moyens variés, suivant les causes; ainsi, les affections cérébrales, les paralysies doivent être combattues, si elles causent le strabisme. Lorsqu'il s'agit, comme cause du strabisme, soit des taies, soit des amauroses, soit des cataractes, ce sont ces affections qu'il faut traiter. Il en est de même des lésions de la rétine, qu'on doit constater par l'ophthalmoscope, et qu'on doit traiter suivant les cas.

On doit commencer à traiter le strabisme à l'aide de certains exercices, chercher à ramener les yeux déviés ; ces moyens consistent dans l'exercice de la vue dirigée dans telle ou telle direction en dedans, en dehors ou en haut. On peut, avec beaucoup de patience, à l'aide de bandeaux, de lunettes, de louchettes, de la lecture latérale conseillée par Rognetta, arriver à quelques résultats. Ces différents moyens peuvent être employés utilement dans les strabismes d'un seul œil, même avec complication de myopie, de taches sur la cornée et faiblesse des muscles, enfin dans les cas de rétraction des muscles. Mais, comme tous les moyens que nous venons de rappeler échouent le plus ordinairement, il est indiqué d'en venir à la section d'un ou de plusieurs muscles de l'œil. Stromeyer a conseillé la ténotomie oculaire ; puis, un an après, Dieffenbach a mis à exécution cette opération. Elle fut bientôt très-répandue par beaucoup de chirurgiens, peut-être trop, par Amussat, Baudens, Bouvier, Guérin, etc. Nous-même, en 1841, nous avons pratiqué cette opération environ soixante fois, principalement chez des adultes, chez de jeunes sujets de quatorze à quinze ans, et chez quelques-uns au-dessous de sept à huit ans.

La section doit se faire sur le muscle rétracté ; ainsi, dans le strabisme divergent, on doit pratiquer la myotomie du membre droit externe; pour le strabisme convergent, le droit interne ; le muscle élévateur pour le strabisme ascendant, et le droit inférieur pour la déviation en bas.

La section d'un muscle suffit, en général ; cependant il faut, dans certains cas, faire la section des muscles obliques ; quoi qu'il en

soit, nous devons indiquer le manuel opératoire. Nous avons, en général, pratiqué le procédé de Dieffenbach.

Position du malade. — Nous avons opéré sans anesthésier l'enfant ; mais nous ne redoutons pas d'employer en inhalations un mélange à parties égales de chloroforme et d'éther.

Nous tenons l'enfant couché, la tête sur un oreiller élevé ; un aide maintient la tête appuyée sur l'oreiller, ou bien nous opérons l'enfant étant assis.

Les instruments nécessaires pour la strabotomie sont : un élévateur pour la paupière supérieure, un abaisseur pour l'inférieure, deux petits crochets aigus en forme d'érigne, un crochet mousse, une paire de ciseaux courbes sur le plat et pointus.

Trois aides suffisent, à la rigueur ; cependant, quand on opère un enfant, il est bon d'avoir un quatrième aide pour maintenir les membres. Si on ne chloroformise pas le malade, on peut le tenir assis, la tête appuyée sur le dos d'un fauteuil ou bien sur la poitrine d'un aide qui tient l'enfant sur ses genoux. Un premier aide est chargé de tenir la tête ; il se place vers la tête du lit ou derrière le fauteuil. L'opérateur, ayant fait placer le lit devant une fenêtre, se met à gauche ou à droite du malade, suivant l'œil qu'il doit opérer.

Un second aide est chargé de maintenir la paupière supérieure soulevée avec l'élévateur qu'a placé l'opérateur lui-même.

Un troisième aide maintient la paupière inférieure abaissée.

Le chirurgien, ayant fait mettre un bandeau sur l'œil qu'il n'opère pas, doit faire la manœuvre de la manière suivante : si le malade est assis, l'opérateur se place également assis devant lui ; si le patient doit être chloroformisé, il faut le tenir sur le lit, et alors le chirurgien recommande l'immobilité aux deux aides qui tiennent les paupières. Il est armé de deux petites érignes simples en crochet qu'il tient dans une des mains, soit la gauche, s'il opère sur l'œil droit dans un strabisme convergent. Ayant dit au malade de regarder en dehors, il implante une petite érigne simple aiguë dans la conjonctive, à 1 centimètre de la caroncule lacrymale. Après l'avoir enfoncée convenablement jusqu'à la sclérotique, il peut ainsi attirer le globe de l'œil en dehors et le maintenir dans cette position ; de la main droite, il implante une seconde érigne à 5 ou 6 millimètres en dedans de la première, plus près de la caroncule ; il soulève la conjonctive en formant un pli transversal au globe de l'œil ; il fait maintenir par l'aide qui tient la paupière inférieure cette dernière érigne et continue à tenir la première de la main gauche ; alors, ayant la main droite libre, le chirurgien prend les ciseaux, coupe

au milieu du pli toute l'épaisseur de la conjonctive perpendiculairement à la direction du muscle ; il découvre la lame fibreuse sous-conjonctivale, l'incise et met à nu le muscle qu'elle recouvre ; alors, faisant tenir à l'aide l'autre érigne, il prend de la main gauche le crochet mousse, le passe sous le muscle, qu'il soulève ; il débride la gaîne aponévrotique avec précaution, mais il évite de la diviser trop, sans cela l'œil ne serait plus assez retenu, et il y aurait, après l'opération, exophthalmie.

Lorsque le muscle est bien visible, on le coupe d'un seul coup à l'aide des ciseaux, ou bien on suit, comme nous le faisons, le procédé du docteur Philips, qui consiste à faire une excision de l'attache du muscle.

En agissant ainsi, le muscle, qui se rétracte, se greffe plus en arrière sur le globe ; nous enlevons donc quelques millimètres du muscle à l'aide d'un second coup de ciseaux du côté de son attache sur la sclérotique. Si quelques fibres musculaires échappent, il faut y revenir ; si, après cette section, l'œil se porte en haut ou en bas, il y a indication à porter le crochet mousse soit en haut, soit en bas, pour diviser les brides qui peuvent nuire au redressement ; il faut, dans ces cas, agir avec lenteur et ne pas trop débrider, et pourtant débrider assez.

Dans les cas de strabisme divergent, de même que dans l'ascendant ou le descendant, on fait également la section du muscle qui, par sa rétraction, cause la difformité.

Dans la myotomie oculaire, comme on a déjà deux aides, il faut que l'opérateur, avant de commencer, fixe à l'aide d'une anse de fil une petite éponge, maintenue par l'annulaire et l'auriculaire de sa main droite, ce qui ne l'empêche pas de tenir les ciseaux, et qui lui permet à lui-même d'absterger la plaie pendant le cours de l'opération.

En général, il coule peu de sang, et quelquefois il n'y a pas nécessité d'éponger.

L'opération terminée, on lave l'œil à l'eau fraîche ; on le fait fermer, et, pendant au moins vingt-quatre ou quarante-huit heures, on fait des lotions d'eau. On laisse sur l'œil une compresse de linge mouillé. Il est prudent de faire rester l'opéré pendant deux ou trois jours dans la chambre modérément éclairée. Il y a même beaucoup d'opérés qui ne prennent pas ces précautions, et auxquels il n'arrive pas d'inflammation vive, même en continuant à sortir, c'est-à-dire qu'en général il n'y a pas d'accident. En effet, sur plus de soixante-dix strabiques que nous avons opérés, un seul a été, par

suite d'imprudence, pris d'une inflammation violente; les autres ont tous eu un bon résultat de l'opération. Plusieurs ont eu l'œil parfaitement redressé; quelques autres n'ont eu qu'une légère amélioration; trois ou quatre sont restés après l'opération comme auparavant.

Chez beaucoup de nos opérés, nous avons eu à faire la section d'un bourgeon charnu qui se développe sur la plaie; quelquefois il nous est arrivé de le voir s'affaisser sans rien faire ou en le touchant avec du nitrate d'argent; plus souvent nous avons été obligé de faire l'excision, mais nous attendions huit ou dix jours après l'opération.

Après avoir fait environ soixante-dix opérations, nous sommes arrivé à reconnaître qu'il faut avoir assez souvent recours à la strabotomie, et que cette opération nous paraît indiquée presque dans tous les cas où, en fermant le bon œil, on voit l'œil dévié se redresser, et, dans les cas de strabisme double, quand on voit l'un des yeux revenir à la rectitude normale en fermant l'autre.

On pourrait, à la rigueur, pratiquer l'opération à tous les âges ; mais nous croyons que la trop tendre jeunesse est une contre-indication, car on peut obtenir des changements avec le temps et les moyens indiqués plus haut. Nous devons dire qu'il nous paraît raisonnable d'attendre vers l'âge de douze à quinze ans pour cette opération.

En rétablissant la rectitude des yeux, on a quelquefois l'avantage de donner de la force à un œil qui ne servait pas et de permettre de se servir d'un œil qui était inutile. Les accidents étant rares, un chirurgien n'est pas téméraire en tentant l'opération, si ce n'est dans certains cas de strabisme par suite de blessure, où nous l'avons vu faire sans succès, et où nous-même nous avons échoué une fois; ou bien encore dans des cas de paralysie, par suite de lésions cérébrales aiguës ou chroniques.

Des engelures chez les enfants,

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

L'engelure consiste dans un gonflement ou engorgement du tissu cellulaire sous-cutané, souvent indolent, quelquefois brûlant, douloureux, ayant une teinte violacée.

Siége. — En général on rencontre les engelures chez les enfants, quelquefois chez les vieillards, aux doigts, aux orteils, au nez, aux oreilles; il y en a ordinairement plusieurs à la fois. C'est surtout

chez les enfants lymphatiques, faibles, qu'on les rencontre souvent.

Causes. — Le lymphatisme est la cause générale prédisposante; le froid, l'humidité, les mauvaises chaussures qui entretiennent les pieds humides, en sont les causes déterminantes.

Signes. — Cette maladie, qui se manifeste vers la fin de l'automne ou en hiver, est caractérisée par un gonflement sur un des points indiqués, doigts, orteils, nez ou oreilles. Il y a une rougeur violacée assez circonscrite disparaissant à la pression du doigt comme celle de l'érysipèle; il y a prurit, surtout lorsque la partie malade est exposée à la chaleur; il y a douleur à la pression et dans les mouvements; la teinte violacée devient bleuâtre et peut quelquefois s'ulcérer; la peau se sphacèle; nous avons vu des tendons, des os, des articulations, être mis à découvert et même des orteils se détacher. Quelquefois cette maladie se complique d'érysipèle qui peut envahir tout un membre. Il arrive souvent que les engelures, ulcérées ou non, se compliquent d'angioleucite soit au jarret, soit à l'aine.

Diagnostic. — On ne peut confondre l'engelure avec l'érysipèle: ce dernier n'envahit pas un point circonscrit comme une phalange; l'engelure tend à rester sur le point qu'elle affecte; l'érysipèle tend ordinairement, au contraire, à cheminer plus ou moins.

Pronostic. — Le plus souvent il est favorable, car l'engelure tend en général à se terminer par résolution, sans suivre la marche fâcheuse que nous avons indiquée plus haut; mais elle reparaît habituellement chez les enfants au retour de l'hiver.

Terminaison. — Presque toujours l'engelure diminue d'intensité et se termine par résolution lorsque la saison douce arrive et que les temps froids cessent. Mais il faut dire que souvent elle disparaît pour ne plus revenir lors de l'âge de la puberté. Ce fait, assez général, est loin d'être toujours constant, car nous voyons des adultes encore atteints d'engelures.

D'ailleurs, des vieillards ayant eu des engelures dans leur bas âge en ont quelquefois, et elles présentent chez eux les mêmes caractères que dans l'enfance.

Traitement. — Il est important de distinguer le traitement en prophylactique et en curatif.

On peut préserver quelquefois les enfants des engelures, d'abord en tonifiant la constitution, si elle est lymphatique; tous les moyens internes généraux antiscrofuleux peuvent modifier cette prédisposition aux engelures, et, sans négliger avant tout ces divers moyens, il nous paraît que les traitements par bains toniques sont très-utiles: bains froids, bains de mer, bains sulfureux. Indépen-

damment de ces bains, qui agissent tout à la fois sur l'état général et l'état local, nous nous sommes très-bien trouvé de bains de pieds oniques, tels que bains de pieds dans un gros vin très-peu chaud, dans des infusions de feuilles de noyer, des bains d'eau de savon, d'eau avec addition d'eau-de-vie camphrée, d'eau-de-vie de lavande, d'eau avec une petite quantité de chlorure d'oxyde de sodium (liqueur de Labarraque). Ces bains locaux doivent être pris presque frais : ils agiraient mal s'ils étaient trop chauds.

Traitement curatif. — Lorsque les engelures sont déclarées, qu'elles sont avec chaleur, rougeur et douleur, on peut encore employer avec succès soit des lotions, soit des bains, avec les derniers moyens prescrits comme préservatifs. Mais souvent les émollients sont utiles : des bains d'eau de guimauve, d'eau gélatineuse, quelquefois des applications de cataplasmes émollients; mais c'est à une température plutôt fraîche que chaude qu'ils sont indiqués, s'il y a de très-vives douleurs.

Enfin, lorsque les phlyctènes se forment, lorsque les ulcères se manifestent, il faut faire des pansements simples avec des linges fenestrés enduits de cérat et recouverts de charpie; après quelques jours de ce pansement simple, il faut se hâter de mettre en usage des pansements toniques, en imbibant la charpie de gros vin aromatique ou d'eau légèrement chlorurée. Si les ulcères ont un aspect grisâtre, il faut employer un digestif simple ou plus ou moins excitant; si des bourgeons charnus pullulent, il faut les réprimer avec l'azotate d'argent. Les eaux sulfureuses, à cette époque, sont souvent indiquées, mais en les adoucissant quelquefois plus ou moins avec de l'eau simple ou de l'eau de son; il faut se garder d'eau chaude, qui amollirait les chairs et serait plus nuisible qu'utile. S'il y a fétidité, la poudre de quinquina, les pansements au permanganate de potasse peuvent rendre service, à la dose de :

Permanganate de potasse..................	10 grammes.
Eau......................................	100 grammes.

Deux cuillerées de cette solution dans un verre d'eau, en imbiber la charpie qui doit servir aux pansements. En un mot, à toutes les époques de la maladie, l'engelure réclame, comme moyens prophylactiques ou comme moyens curatifs, les toniques sous toutes les formes, à moins d'inflammation très-intense.

La pommade conseillée par le docteur Carreau paraît utile à toutes les périodes :

F. S. A. Axonge............................	30 grammes.
Iodure de potassium.....................	4 grammes.
Teinture d'iode........................	1 gramme.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Incompatibilité du chlorate de potasse avec l'iodure de potassium,

Par le docteur Amédée Vée.

Lorsqu'on a proposé de faire entrer plusieurs médicaments dans une même préparation, il n'est pas toujours facile de prévoir les réactions qui se produiront au moment du mélange, et la nature des composés qui seront réellement administrés aux malades; mais si l'art de formuler ne réussit pas toujours à résoudre ce premier problème, il devient moins utile encore lorsqu'on aborde une question plus complexe : l'examen des réactions qui peuvent se produire au sein de l'économie, soit que l'on considère le médicament introduit seulement dans le tube digestif, ou que, n'hésitant pas à le suivre plus loin encore, on cherche à se rendre compte de ce qui arrive après sa pénétration dans le système circulatoire. Les tentatives faites dans ce but n'ont pas été heureuses, il faut l'avouer. Sans avoir la prétention de préciser les causes de ces échecs, on peut cependant accuser la trop grande hardiesse de théoriciens qui se sont hâtés de généraliser les réactions obtenues dans le verre à expériences, alors que l'état de la science ne permettait pas encore de se rendre suffisamment compte de la nature des milieux organiques dans lesquels séjournent les substances absorbées. Les plus dures punitions de cet insuccès ont été le discrédit dans lequel sont tombées les opinions des chimistes auprès des médecins, et la force plus grande donnée à l'opinion qui veut que les substances introduites dans l'organisme soient soustraites aux lois physiques et chimiques, opinion dans laquelle on n'aurait le droit de se réfugier que si l'on possédait une connaissance chimique et physique tout à fait exacte des organes et des liquides de l'économie.

S'il était besoin d'un exemple pour montrer à la fois combien il faut hésiter à prédire, d'après les faits connus, quelle sera la réaction mutuelle de deux corps après leur absorption, et combien on aurait tort cependant d'abandonner l'étude des réactions produites au sein de l'organisme, on le trouverait dans les faits récemment publiés par M. Melsens, et dont voici l'exposé :

Le savant belge administra à une chienne (pesant 11 kilogrammes) 7 grammes de chlorate de potasse par jour, pendant un mois. Comme on pouvait le prévoir d'après ce qu'on observe jour-

nellement dans la pratique médicale, où le chlorate de potasse se donne largement à l'intérieur sans inconvénient, l'animal n'a nullement souffert.

En substituant à ce traitement le traitement par l'iodure de potassium, à la dose de 5 grammes par jour, et en continuant ce dernier pendant un mois, l'animal n'a souffert un peu que pendant les premiers jours ; à la fin du mois, il était en très-bon état de santé.

Si l'on administre, au contraire, à un chien, 7 grammes par jour d'un mélange d'iodure de potassium et de chlorate de potasse, en proportion équivalente, l'animal languit et meurt au bout de vingt-cinq à vingt-huit jours. Au commencement de l'expérience, l'animal pesait 16k5; au moment de sa mort, il ne pesait plus que 11k5. Ces expériences, répétées successivement sur plusieurs chiens, ont donné des résultats semblables. Souvent la mort est survenue au bout de cinq jours. *A l'autopsie, on trouvait des lésions semblables à celles que les chiens tués par l'iodate de potasse ont offertes, notamment dans le foie et dans les intestins.* (L'auteur a démontré dans un précédent travail que l'iodate de potasse, à la dose d'un ou deux grammes par jour, fait périr en quelques jours un chien pesant 5 à 6 kilogrammes.)

Il est donc très-vraisemblable que le chlorate de potasse, absorbé simultanément avec l'iodure de potassium, lui cède son oxygène pour le transformer en iodate de potasse, agent toxique. Cette réaction n'aurait pu être prévue; car, à froid ou à une chaleur modérée, ces deux sels ne défixent pas, et pour obtenir dans le laboratoire quelque chose de semblable à ce qui s'est passé chez les chiens de M. Melsens, il faut opérer à une température de beaucoup supérieur au point d'ébullition de l'eau, et suffisante pour opérer la fusion du chlorate de potasse.

Il se rencontre donc, dans l'économie, des conditions propres à déterminer des réactions qui ne sont réalisées dans le laboratoire qu'à une température élevée, ou en présence d'acides énergiques, ou bien encore sous l'influence du courant de la pile. C'est ainsi que s'y produisent les combustions nombreuses dont nous savons isoler les produits, sans bien connaître les influences qui en déterminent la production à une température relativement basse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Hémorrhagie par le bout placentaire du cordon ombilical,

Par M. le docteur Chédevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Bulletin de Thérapeutique.

Mon cher ami,

Je lis dans le numéro du 30 mai de ce recueil une observation d'hémorrhagie par le bout placentaire du cordon, survenue immédiatement après l'accouchement. Le 26 mai 1866, j'avais sous les yeux un fait semblable, mais peut-être plus remarquable encore. Je crois devoir le livrer à la publicité, à cause de l'intérêt pratique qu'il présente.

Le 26 mai, vers trois heures de l'après-midi, on vint réclamer mon secours pour une dame Pascal Souchand, de Poitiers, qui était depuis deux jours dans les douleurs de l'enfantemeut. Je m'armai de mon forceps et je partis. J'arrivai devant une femme de trente ans que je connaissais déjà, mais que je croyais accouchée depuis deux mois. Elle était en effet venue me consulter durant sa grossesse sur divers phénomènes morbides : douleurs, vomissements, chloro-anémie. J'avais déjà remarqué le volume énorme de son ventre peu en rapport avec l'époque présumée de la conception. Cette époque était alors, il est vrai, très-mal déterminée par la malade, sourde et d'une intelligence peu développée ; elle ne pouvait donner de renseignements sérieux. Quant à moi, je n'avais fait aucun examen pour la fixer approximativement. Ce n'était pas la question. Mais lorsque je fus appelé si tardivement pour terminer l'accouchement, je ne fus pas surpris d'apprendre que les eaux de l'amnios avaient été très-abondantes.

D'après la sage-femme, le travail était commencé depuis trente-six heures, et les contractions étaient suspendues depuis une demi-heure. La femme était pâle, sans énergie, son ventre mou, son utérus flasque ; la tête du fœtus à la vulve.

Il y avait inertie évidente de la matrice, et malgré les dangers d'une hémorrhagie, je pensai qu'il y avait lieu de tenter sur-le-champ de sauver la vie de l'enfant par une application de fers.

La femme fut mise en travers sur le lit, les branches du forceps

introduites sans peine, et la tête amenée au dehors par les plus faibles tractions. Le cordon était volumineux et faisait une circulaire autour du col. Je le coupai immédiatement et aucune ligature ne fut appliquée tout d'abord. Le fœtus fut ensuite extrait; il était violacé et ne donnait aucun signe de vie. Il perdit quelques gouttes de sang et, sous l'influence des moyens ordinaires, il fit une respiration. Je le laissai entre les mains de la sage-femme, qui le ranima bientôt complétement, et je retournai vivement vers la mère, car je m'attendais à une perte.

Je ne m'étais pas trompé sur le fait, mais je ne prévoyais guère la manière dont la perte se produisit. J'avais abandonné le bout placentaire du cordon libre de tout lien; je m'aperçus qu'il en sortait du sang. Je le pris en main, et quel fut mon étonnement d'en voir partir trois jets, deux de sang noir qui sortaient faiblement en bavant, et un de sang rutilant plus vigoureux que les autres.

Il s'était écoulé très-peu de temps depuis la naissance de l'enfant; la quantité de sang perdu était insignifiante au fond; je me trouvais en présence d'un phénomène inusité. Je crus pouvoir prolonger l'expérience quelques instants sans rien dire.

La femme était toujours en travers sur le lit, auprès d'une fenêtre, et par conséquent il était facile d'observer. Pendant que ma main droite tenait le cordon, je palpai de ma main gauche le ventre, que je trouvai *flasque. Je ne rencontrai pas de globe utérin.* Le fœtus sorti, la matrice, sans se rétracter aucunement, était tombée comme un sac inerte sur la colonne vertébrale. Le jet de sang noir qui avait toujours diminué depuis les premiers moments ne coulait plus; le jet de sang rouge avait, au contraire, conservé toute sa force. Je jetai un fil autour du cordon et je me mis à frictionner l'abdomen. Mais en même temps une certaine quantité de sang s'échappa par la vulve, qui jusque-là n'avait donné passage à aucun liquide. L'utérus, par le fait du massage, s'était contracté et il se dessinait sous la main.

Toutes ces péripéties s'étaient passées dans l'espace d'une ou deux minutes; l'observation était suffisante; il eût été imprudent de la continuer plus longtemps.

Cependant, malgré la ligature, l'hémorrhagie persistait, — maintenant par le vagin, — ou plutôt elle reprenait dès que je cessais les frictions abdominales, car son abondance variait beaucoup d'un instant à l'autre, selon que l'utérus était stimulé ou abandonné à lui-même.

J'envoyai chercher du seigle ergoté. La femme en avait déjà pris douze heures auparavant ; mais je crus prudent, pour en finir, de faire immédiatement la délivrance. L'accouchement était terminé depuis six ou sept minutes.

L'extraction du placenta ne présenta pas de difficultés sérieuses. Les frictions sur le ventre furent continuées ; l'utérus se contracta franchement et la perte s'arrêta tout à fait. Je recommandai pourtant en partant une surveillance assidue.

Aucune suite fâcheuse ne survint. Huit jours après la parturition, la dame Souchand était debout et se portait bien. Quant à l'enfant, il était plein de vie.

Voilà une hémorrhagie d'un nouveau genre ; c'est la première fois que j'en observe une pareille, et si le docteur Verrier n'en avait rapporté déjà un exemple, il y a trois mois, dans la *Gazette des hôpitaux*, — celui-là même qui est résumé dans le *Bulletin* du 30 mai, — je serais à me demander où j'en trouverais un analogue. Il n'y a point identité entre eux ; plusieurs de leurs circonstances accessoires sont différentes ; néanmoins ils doivent être rapprochés, car ils sont bien au fond de même espèce.

S'il est une proposition admise en obstétrique, c'est celle-ci ; sauf le cas de grossesse gémellaire, il n'y a pas à craindre de perte par le bout placentaire du cordon. Cependant une perte a eu lieu par le cordon, et le fœtus était unique.

Pourquoi s'est-elle produite ? Faut-il demander la raison de cette exception de physiologie pathologique à une exception anatomique ? Doit-on, à l'instar de M. Verrier, invoquer, pour l'expliquer, la communication immédiate des vaisseaux placentaires de la mère et de l'enfant ? La communication médiate classique qu'on enseigne est-elle une condition qui s'y oppose ? Assurément non. En tout cas, une semblable question ne se tranche pas par une supposition mise à la place d'une hypothèse. Il n'y avait qu'un moyen de la résoudre ; disséquer avec soin le délivre et entreprendre ensuite un examen aussi minutieux que microscopique. Ni mon confrère ni moi ne l'avons fait, et en ce qui me concerne, je ne m'en repens pas, car, en toute sincérité, pouvions-nous avoir l'ambition de résoudre d'un seul coup d'œil une difficulté sur laquelle les micrographes de profession discutent depuis si longtemps ?

D'un autre côté, est-il vraisemblable que nous dussions rencontrer, comme le pense M. Verrier, une anomalie circulatoire d'un organe entier ? Non, la nature ne nous ménage pas de pareille sur-

prise. D'ailleurs, je le répète, que nous importe, dans l'espèce, qu'il s'agisse d'un abouchement direct des vaisseaux ou d'une endosmose dans des lacs sanguins? Il faut toujours bien, d'une façon ou d'une autre, pour qu'il y ait hémorrhagie par le cordon, que le sang passe du placenta maternel dans le placenta fœtal, et qu'il soit puisé d'instant en instant dans l'organisme de la mère. Quel qu'ait été pendant l'hémorrhagie le mode de transmission, il est le même, en définitive, que celui de la vie intra-utérine. Pour que cette transmission persiste, il suffit que certaines conditions qui existaient avant la sortie du fœtus existent encore après. C'est parce que cet accident est rare que l'on cherche à sa production des raisons anatomiques;—cherchons donc plutôt des raisons physiologiques. Pourquoi cet accident est-il rare? parce qu'habituellement la circulation cesse dans le placenta dès que le fœtus est né, c'est-à-dire dès que la *rétraction de la matrice le détache de sa face interne* et le rejette, comme *une masse inerte*, dans sa cavité. Il est bien alors réellement une masse inerte et toute circulation y est interrompue. Que faut-il pour qu'elle continue? Y a-t-il besoin que l'enfant soit encore dans le ventre de sa mère? Non : il suffit que le muscle matrice ne se contracte pas, et que le délivre ait conservé ses points d'implantation à sa face interne. Or, dans le cas que nous avons eu sous les yeux, la poche utérine n'a pas plus fait fonction de muscle qu'un sac de caoutchouc. Ne l'avons-nous pas vu, pour ainsi dire, s'abattre, paroi antérieure contre paroi postérieure, sur la colonne vertébrale? Le calibre des vaisseaux utéro-placentaires n'étant pas changé, aucune fibre contractile ne venant pas, comme une ligature, les étreindre au passage, le sang a continué à se transmettre de la matrice au délivre, à circuler dans ce délivre, à se rendre dans la veine ombilicale et à en jaillir, parce qu'elle était coupée, sous la forme d'un jet rutilant. Ne nous a-t-il pas été impossible tout d'abord de reconnaître par la palpation un globe utérin? Mais à partir du moment où il a commencé à se former sous la stimulation de la main, du sang a apparu à la commissure inférieure de la vulve, parce qu'une partie seulement du placenta était détachée. Quand il l'a été tout entier et que la rétraction a été suffisante, l'hémorrhagie s'est arrêtée. Il me semble inutile de faire intervenir des hypothèses : tout s'explique de la manière la plus logique et la plus vraie.

Il me reste à ajouter un mot. A côté du sang rouge, nous avons vu, pendant quelques secondes, couler du sang noir ; d'où venait-il? Je n'ai reconnu là rien que de très-ordinaire, le cordon très-long

et une partie du placenta étaient gorgés de sang veineux ; il en est sorti un peu plus que cela ne s'observe d'habitude.

Maintenant, l'explication que je viens de donner convient-elle au cas de M. Verrier? Cet auteur nous parle d'un enchatonnement d'une partie du délivre. Je n'ai jamais vu l'enchatonnement d'un placenta ; mais quoiqu'il ne soit point accepté par beaucoup d'accoucheurs, je le comprends, attendu que j'ai rencontré une fois une contraction partielle de l'utérus qui aurait pu l'amener dans d'autres circonstances. Le fœtus était encore dans la matrice; je faisais la version, et une portion du fœtus, membres inférieurs et bassin, était bien réellement enchatonnée, car la cavité utérine était divisée en deux compartiments par une bande circulaire dont la contraction était invincible. Ce fait a été publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* en 1863 (*De l'emploi du chloroforme dans les cas de rétraction tétanique de l'utérus*). La seule conclusion que je veuille tirer de la description donnée par notre confrère, c'est que le placenta m'a paru encore adhérent en tout point par sa face utérine à la matrice, et que la circulation a pu facilement se continuer d'un organe à l'autre. Quoi qu'il en soit, voici deux observations qui prouvent que la ligature du bout supérieur du cordon coupé n'est pas toujours inutile, et que, si on ne veut pas le lier, il y a au moins lieu de le surveiller.

Pratiquement, la crainte d'une hémorrhagie par le cordon, à la suite d'un accouchement quelconque, doit s'ajouter à la possibilité d'une grossesse double, avec communication vasculaire des deux placentas et à la facilité plus grande avec laquelle se détache le délivre, quand ces vaisseaux sont gorgés de sang, pour militer en faveur de la ligature du bout placentaire. Ce sera sans doute bien souvent un excès de prudence ; mais on ne peut en avoir trop en obstétrique.

Je noterai en passant que, dans le cas de M. Verrier comme dans le mien, il y avait une circulaire de cordon autour du col du fœtus.

Je ferai remarquer que récemment, à la suite d'une application de forceps, j'ai de nouveau rencontré une circulaire de cordon autour du col de l'enfant. Il se produisit aussi une hémorrhagie utérine. Elle ne s'arrêta complétement, comme dans l'observation précédente, que quand la délivrance fut faite.

BIBLIOGRAPHIE.

Résumé des tentatives qui ont été faites dans ces derniers temps pour résoudre les principales questions relatives au choléra.

Bien que toutes les voix de la presse aient à l'envi répété, bien que chaque observateur en contact avec les faits se soit bien vite convaincu que tout semble mystère dans le choléra, tel que nous l'avons vu naguère, et qu'il se montre encore çà et là même parmi nous, un bon nombre de médecins se sont rencontrés qui n'ont point partagé le commun découragement, et ont vaillamment consacré leurs veilles à sonder l'insondable mystère et à en explorer les côtés les moins inaccessibles. Nous nous proposons, dans cette rapide notice, de rechercher si quelques enseignements utiles à la pratique et à la science sont sortis de ces laborieuses tentatives, et de les résumer brièvement au profit des lecteurs de ce journal.

La question qui appellera tout d'abord notre attention et qui, à l'heure qu'il est, est encore l'objet de la plus vive préoccupation des esprits, est la question de la contagion. Nous avons déjà touché incidemment à ce grave problème et, éclairé par les faits qui se sont passés sous nos yeux, et surtout par les faits beaucoup plus nombreux qu'a mis successivement en lumière la discussion de cette question, soit dans les livres, soit au sein de la *Société des médecins des hôpitaux*, qui s'affermit tous les jours davantage, comme une des institutions les plus utiles dans la lente et laborieuse édification de la science, nous avons, répétons-nous, touché déjà incidemment à cette question, et nous n'avons point hésité à la résoudre affirmativement. Parmi les nombreux travaux que nous avons actuellement sous les yeux, il s'en trouve un bon nombre dont les auteurs n'hésitent pas plus que nous, et affirment nettement la transmissibilité du choléra. Nous citerons surtout à cet égard : MM. Grimaud de Caux (1), J. Worms (2), Th. Caradec (3), V. Seux (4), P. Foissac (5), Stoufflet (6).

---

(1) *Du choléra et des moyens de s'en préserver et de son traitement spécifique.*

(2) *De la propagation du choléra et des moyens de la restreindre.*

(3) *Le choléra de Brest en 1860, spécialement observé dans le service des femmes.*

(4) *Le choléra dans les hôpitaux civils de Marseille pendant l'épidémie de 1865.*

(5) *Les trois fléaux : le choléra épidémique, la fièvre jaune et la peste.*

(6) *Le choléra à l'hôpital Lariboisière dans ses rapports avec les autres maladies.*

Si nous avons mis en première ligne M. Grimaud de Caux, ce n'est pas qu'il nous paraisse avoir mis hors de toute contestation les faits principaux sur lesquels il s'appuie : nous pensons, au contraire, que de graves objections lui ont été adressées qu'il n'a pas résolues. D'un autre côté, en lisant son mémoire avec attention, il nous a semblé que l'auteur le prenait d'un peu haut vis-à-vis de nous, médecins ; à l'entendre, il semblerait que nous ne savons pas ce que c'est que l'observation rigoureuse, et que c'est à lui de nous l'apprendre. « Volontiers, dit-il quelque part, on dirait que l'incubation n'est qu'un mot, comme la contagion, l'infection. Ces mots ne définissant rien, ils ne fournissent à l'esprit aucune idée précise : ils le laissent, au contraire, dans le vague et dans l'obscurité. Et, il faut bien le reconnaître, ce n'est point en paraphrasant de tels mots que l'on peut rendre l'observation des faits véritablement utile à la science. » Nous répondrons à M. Grimaud qu'il y a des choses sous ces mots, et que, tous tant que nous sommes, nous y faisons quelque attention, et ne nous contentons pas d'en jongler dans des discussions stériles. Il ne nous en coûte nullement d'ailleurs de rendre hommage à l'auteur pour le zèle en faveur de la science qu'il a montré, en allant étudier le choléra à Marseille ; mais nous n'allons point au delà, car nous ne voyons pas qu'il ait beaucoup avancé la solution de la question qu'il est allé y étudier ; cette solution, c'est ailleurs qu'il faut la chercher, et c'est ailleurs qu'on la trouvera, non sans quelque obscurité toutefois, mais qu'une étude persévérante, nous en avons la ferme confiance, finira par dissiper.

MM. les docteurs Sirus-Pirondi et Fabre, M. le docteur Seux, habitant Marseille et y exerçant depuis plus ou moins longtemps, sont assurément ceux dont le témoignage a le plus de poids dans la question de l'importation de la maladie au milieu des populations du midi de la France. Or, ces médecins, aussi distingués par leur science que par la dignité de leur caractère, n'hésitent pas à rattacher le développement du choléra dans la ville phocéenne au contact des pèlerins de la Mecque, qui l'ont traversée ou y ont séjourné. Tous ces auteurs s'accordent à présenter la ville de Marseille, avant l'arrivée du navire contaminé, comme complétement indemne de toute influence épidémique, ce qui s'explique, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire quand la maladie se répand de proche en proche sur un continent, par la soudaineté de son apparition. Le moyen de propagation du mal pour M. Seux, ce sont à la fois les hommes et les choses. Nous ne nous permettrons à cet égard qu'une réflexion. Il y a ici une lacune que nous voudrions voir disparaître. On peut

nier la contagion, quoi qu'on en dise, et affirmer l'importation : nous pourrions citer d'excellents esprits qui en sont encore là aujourd'hui, M. Tardieu, par exemple, qui distingue essentiellement ces deux conditions de la propagation d'une maladie pestilentielle. Le professeur de l'École de médecine de Marseille a bien pressenti cette difficulté, mais ne s'est pas cru en mesure de la résoudre; pour bien marquer ici la lacune que nous signalons, nous citerons le passage suivant de l'auteur à qui elle n'a pas échappé. Après avoir suivi le choléra dans sa rapide pérégrination de la Mecque aux rivages méditerranéens de la France, le médecin de Marseille continue : « Si, poussant la sévérité scientifique aussi loin que possible, on exige, pour être convaincu, des détails précis sur le contact qui a pu exister entre les premiers cholériques observés à Marseille et les navires venus d'Alexandrie, je répondrai qu'il est à peu près impossible d'obtenir ces détails ; mais qu'il résulte évidemment des faits que j'ai exposés que les premières personnes attaquées étaient des gens venant des ports, des marins ou des habitants qui avaient eu des relations avec ces derniers. »

Mais si cette filiation rigoureuse n'a pu être saisie dans les circonstances dont nous venons de parler, il n'en est plus de même quand on a pu étudier la maladie sur place, et une fois bien installée dans une zone plus ou moins étendue. Ici des faits ont été produits nets, précis, qui, se détachant comme une sorte d'exceptions vivantes des faits négatifs qui semblent les contredire, n'en frappent que plus vivement l'esprit. Ces faits-là, on les trouve partout : les historiens de chaque épidémie cholérique en ont recueilli; mais c'est surtout dans ces derniers temps qu'on s'est plu à les mettre en lumière, intéressé qu'on était à les regarder, par suite d'un retour prononcé de l'opinion au principe de la contagion ou de la transmissibilité morbide. MM. Worms, Foissac et Stoufflet se sont surtout appliqués à éclairer ce côté de la question ; et en face de ces faits ainsi groupés et qui s'éclairent les uns les autres, il nous paraît difficile, à ceux-là même qui persistent à soutenir qu'à côté, au-dessus même de ce mode de propagation du mal, il en est un autre, l'influence épidémique entendue dans le sens classique du mot, il nous paraît difficile à ceux-là même de nier, dans ces cas au moins où il semble qu'on voie le mal s'étendre autour de son foyer élaborateur, comme la tache d'huile, la transmissibilité de la maladie. Tout le monde connaît les faits péremptoires rapportés par ces médecins judicieux, il n'est pas besoin de les rappeler. Nous préférons consigner ici quelques faits du même ordre qui

ont été rapportés par un observateur non moins attentif, et que nous extrayons d'un travail qui nous a séduit surtout par je ne sais quel parfum d'honnêteté scientifique qui, à nos yeux, donne aux faits qui y sont articulés une autorité que nous marchandons davantage à des travaux en apparence de plus haute visée. Voici quelques-uns de ces faits.

« Le 22 janvier, à Kertorta, aux portes de Brest, un cultivateur aisé, le nommé Morvan, est pris de choléra grave précédé de diarrhée ; plusieurs cas ont eu lieu à côté de lui et dans une maison à dix minutes de la sienne ; on y a constaté un décès. Morvan habite un intérieur confortable, avec sa femme, une fille de neuf ans et deux domestiques. Une seconde fille, mariée à deux kilomètres de là, accourt avec son mari pour soigner son père ; une troisième fille, demeurant beaucoup plus loin, à Ploudaniel, s'empresse aussi, avec son mari, de venir partager les mêmes soins. Morvan, après bien des péripéties, finit par se remettre ; son gendre de Gouesnon est pris de diarrhée, retourne chez lui ; le choléra se déclare, et il meurt au bout de cinq ou six jours dans l'état typhoïde. Deux de ses domestiques et un de ses enfants sont atteints et succombent rapidement. Gouesnon était indemne jusque-là. L'autre gendre, celui de Ploudaniel, où il n'y a pas de choléra, prend aussi la diarrhée, passe à un choléra typhoïde dont il se remet avec peine. Enfin, la fille dont le mari mourut à Gouesnon revint, le 7 février, à la maison de son père, non rétabli encore, et la nuit elle eut des accidents cholériformes bien caractérisés, auxquels elle eut le bonheur d'échapper. » Nous disons que ces faits, surtout quand ils se multiplient, sont graves et forcent à conclure à la transmissibilité de la maladie ; j'ajoute que de tels faits empruntent à l'honorabilité de celui qui les rapporte une autorité devant laquelle on est bien obligé de s'incliner. Le savant médecin de l'hospice de Brest n'obéit point ici à des préoccupations doctrinales ; son désintéressement théorique, si nous pouvons ainsi dire, va, à cet égard, jusque-là, que, sur la question de l'importation de la maladie dans la ville de Brest par un vaisseau de la Guadeloupe, qu'a affirmée notre savant confrère M. Daremberg, l'auteur n'hésite point à dire que, pour lui, et après d'attentives recherches, elle n'est en aucune façon résolue. Non pas, nous nous hâtons de l'ajouter, qu'il croie que le choléra soit né là plutôt là qu'ailleurs spontanément ; mais le lien qui rattache le premier cas à un cas importateur lui a complétement échappé, et il le déclare avec sincérité.

Nous ne ferons que rappeler, en passant, les faits du même ordre

que ceux qui précèdent, qu'exposaient dernièrement encore M. H. Roger, M. Bucquoy, et d'autres médecins des hôpitaux d'une non moins grande autorité, et qui, réunis à ceux qui figurent dans un grand nombre de travaux scientifiques, nous paraissent mettre hors de doute la question de la réalité de la contagion, pourvu qu'on l'entende dans un sens plus large que n'implique l'étymologie de ce mot, et dans un sens plus vrai. M. Stoufflet, qui a étudié, chez les malades de l'hôpital Lariboisière, avec un zèle qu'on ne saurait trop louer, toutes les circonstances accessibles à l'observation, a fait, dans le sens de la transmissibilité de la maladie, une remarque que nous voulons rappeler; voici cette remarque : quand, dans une famille, plusieurs membres viennent à être frappés du choléra, quels sont, des hommes, des femmes et des enfants, ceux sur qui pèse le plus lourdement le fait du contact, de la cohabitation ? Ce sont surtout les femmes qui se font gardes-malades, tandis que le père et souvent les enfants, gagne-pain de la famille, sont obligés de s'éloigner. L'auteur cite, à cet égard, des chiffres qui ne laissent pas d'avoir une certaine signification, pour éclairer un problème qui tous les jours nous paraît approcher davantage d'une solution rigoureuse.

Mais en voilà assez sur ce côté de la question; si, après l'avoir résolue sans hésitation dans le sens de la transmissibilité, nous ne craignions de tomber dans le péril du lieu commun, nous aurions maintenant à examiner les objections que plusieurs médecins recommandables, hérésiarques obstinés, opposent à ce point de doctrine. Mais, outre que ces objections nous paraissent perdre tous les jours de leur force dans les esprits, cela nous entraînerait trop loin. Pourtant, comme, en somme, nous n'avons en aucune façon la prétention d'imposer nos convictions, nous indiquerons au moins les travaux les plus importants où la question de la contagion du choléra asiatique est résolue dans un sens négatif. Ces travaux sont ceux de MM. les docteurs Stansky [1], de Pietra-Santa [2], Armand Jobert [3], Max Simon [4], Papin-Ruillier-Beaufond [5],

---

[1] *Examen critique des diverses opinions sur la contagion du choléra.*

[2] *Epidémie cholérique de* 1865; rapport lu à la Société médico-chirurgicale de Paris.

[3] *Notice sur l'épidémie cholérique de* 1865.

[4] *De la préservation du choléra épidémique et d'une hygiène spéciale applicable à la maladie réalisée.*

[5] *Doctrine stœchiologique du choléra d'après les travaux récents.*

Didiot [1], Cazalas [2], C. Shrimpton [3], Tribes [4]. Presque tous ces auteurs attribuent à une influence générale, épidémique, née sur place ou transmise de son foyer d'origine aux pays jusque-là indemnes, le développement du choléra. Tous ces honorables observateurs, dans l'intérêt de la thèse qu'ils soutiennent avec autant de bonne foi que ceux qui les combattent soutiennent la thèse opposée, s'appliquent principalement, d'une part, à mettre en relief les faits nombreux de contact où la transmission n'a pas lieu, et, d'autre part, insistent sur l'influence pandémique qui se montre si fréquemment en même temps que le choléra lui-même, et rattachent à cette influence les cas qui semblent s'engendrer les uns les autres. Parmi ces travaux, il en est un qui se distingue par l'originalité hardie de la conception étiologique qu'il développe, c'est celui d'un de nos collaborateurs, M. Max Simon : on le sait, cette vue consiste en ceci, que, la cause du choléra, miasmes, microzoaires, ou microphytes, existant dans l'air et s'y disséminant suivant une loi inconnue, on a d'autant plus de chances d'échapper au fléau, qu'on vit plus sur place, et que, à moins de concentration épidémique, d'endémie locale, on pratique plus rigoureusement la vie sédentaire, la stabulation, comme ne craint pas de le dire l'auteur. Pas plus que M. le professeur Fonssagrives, qui a rendu compte, dans ce Journal même, de l'ouvrage de notre honorable confrère, nous n'admettons une conception qui tout d'abord nous étonna comme un paradoxe; mais nous n'en estimons pas moins que M. Max Simon a groupé dans son livre une masse de faits qui pourraient faire illusion, et dont l'explication, dans le sens de la contagion ou de la transmissibilité, n'est pas chose simple. Nous ne résistons pas au désir de citer un passage de ce livre, convaincu que nos lecteurs nous sauront gré de laisser ici un instant la parole à l'auteur. « Cette conclusion, dit M. Max Simon dans la franchise de son expression, jetée ainsi en plein courant d'idées qui la combattent, et qui, à une foule de points de vue autres que celui auquel je me place en ce moment, sont un des symptômes les moins équivoques des progrès de la science, des progrès de la civilisation, dans son principe le moins contestable, la pitié pour les malheu-

---

(1) *Le choléra à Marseille en 1865, des causes essentielles qui ont présidé à son développement épidémique.*

(2) Rapport à la Société médicale d'émulation, *Union médicale*, 1866.

(3) *Choléra-morbus : son siége, sa nature, son traitement.*

(4) *Etude sur le choléra dans les hôpitaux de Nîmes*, pendant les épidémies de 1864 et 1665.

reux; cette conclusion, je n'hésite pas à la poser ici cependant, parce qu'elle est commandée par le fait même que je viens d'examiner, et surtout parce qu'elle est une nouvelle manifestation de la loi générale que nous avons saisie derrière les faits nombreux qui ont passé successivement sous nos yeux. Plus ces faits se dérobent, ou plutôt semblent se dérober à la loi commune qui régit l'étiologie générale, plus ils se détachent de l'ensemble des maladies populaires par la profonde originalité de la prophylaxie à laquelle ils conduisent, plus ils sont dignes de fixer notre attention. Ils existent ces faits, ils éclatent de toutes parts, ils viennent donner un démenti formel aux préceptes de la prophylaxie commune, ils s'imposent à ceux-là même dont toutes les théories sont en contradiction flagrante avec eux, et les contraignent à les confesser; ils sont une énigme en apparence indéchiffrable pour la science, ils sont comme un paradoxe étiologique, mais ils sont; l'intelligence scientifique se révolte contre eux, mais ils sont; leur inintelligibilité les marque d'un caractère d'étrangeté qui met en un plus vif relief leur réalité même, mais ils sont. Il faut donc y croire, même parce qu'ils sont absurdes (*credo quia absurdum*). » Toutes les pages de ce petit livre sont marquées du cachet de cette honnête et chaleureuse conviction, et pourtant nous ne saurions la partager : les faits de toutes parts surgissent qui montrent la transmissibilité du choléra, et la parole émue de notre collaborateur s'évanouit devant l'évidence. Les efforts de MM. Stansky, Pietra-Santa, Jobert, Papin-Ruillier-Beaufort, auxquels on ne saurait trop applaudir d'ailleurs, puisqu'ils n'ont d'autre but que d'éclairer un des points les plus obscurs de la science, n'y feront pas davantage. Il en est encore de même des savants mémoires de MM. Didiot et Cazalas, médecins militaires : ces deux honorables confrères ont dans leur manière d'aborder la question et de mener les discussions qu'elle soulève un entrain (que nous aimons, du reste) qui permettrait de dire d'eux ce qu'on a dit d'un fougueux et éloquent écrivain, « qu'ils argumentent au pas de charge et concluent à la baïonnette; » mais, quand la fumée du champ de bataille a disparu, les faits de contagion restent et s'imposent comme une loi fatale de la vie morbide qui se manifeste sous le contact du poison cholérique.

Maintenant que dirons-nous des efforts tentés dans une autre direction et qui, tout en se tenant au dehors de la question de contagion, ou s'y coordonnant, ont pour but d'éclairer la nature du choléra asiatique? Quoique quelques observateurs, allant en cela même au delà de la réserve systématique de l'école positiviste,

n'hésitent pas à considérer toute question relative à la nature du choléra, non-seulement comme insoluble dans l'état actuel de la science, mais comme hors de la portée de l'intelligence humaine, tous ne s'arrêtent pas devant cette barrière, et plusieurs ont émis sur ce point des conjectures dont quelqu'une peut devenir un jour une vérité.

Qu'on nous permette d'indiquer succinctement les vues les moins problématiques qui se sont produites à cet égard dans ces derniers temps, et qui témoignent tout au moins d'une curiosité scientifique à laquelle on ne saurait trop applaudir, car ce sont ces hardis explorateurs, ces mineurs intrépides, qui souvent atteignent la vérité. Une des idées les plus hardies qui aient été émises dans ces derniers temps sur ce point, c'est celle de M. le docteur Folley, ancien élève de l'Ecole polytechnique, et élève du chef de l'école positiviste, Auguste Comte. D'après cette conception toute théorique, le choléra aurait sa cause dans l'homme lui-même, et cette cause consisterait en une dépression morale, dont rendraient compte les vicissitudes de la vie contemporaine, au sein des sociétés vieillies et impuissantes. Quel que soit le talent qu'ait mis à développer cette idée notre savant confrère, nous doutons fort qu'il rallie beaucoup d'esprits à son opinion. A supposer qu'à bien chercher, on trouvât quelque point sur le vaste itinéraire du fléau cholérique où pourrait être invoquée la cause qu'on lui assigne ici, combien de ces étapes douloureuses où rien de semblable ne se rencontre? C'est donc là une hypothèse qui se heurte tout d'abord à d'insurmontables difficultés. Passons. Des tentatives, sinon plus heureuses, du moins plus dans l'esprit de la science contemporaine, ce sont celles qu'ont exposées, dans des travaux que nous avons indiqués précédemment, MM. Papin-Ruillier-Beaufort et C. Shrimpton. Le premier de ces auteurs, acceptant sans réserve la conception de la maladie générale telle que l'a esquissée en ses diverses publications M. le professeur Robin, cherche à établir que la cause du choléra, agissant sur les principes immédiats liquides de l'organisme, en trouble la vie normale et donne lieu à tous les symptômes par lesquels cette maladie se traduit à l'observation. Voici sommairement, dans cette théorie stœchiologique du choléra, comment on comprend et on explique la filiation des phénomènes, et comme terminaison presque fatale de la maladie arrivée à un certain degré, la mort. Touchées par le miasme cholérique, les matières organiques ou coagulables du sang ont perdu leurs propriétés d'hydratation, propriétés qui sont la condition de toute circulation. Ceci

posé, le flux exosmotique incessant de l'eau abandonnée par les substances coagulables du sang ne s'oppose pas seulement à l'absorption des médicaments et des aliments, il fait plus, il fait que, le plasma sanguin diminuant graduellement de quantité, le pouls s'efface de plus en plus; il fait que la nutrition, les sécrétions et presque toutes les excrétions sont taries, et par conséquent que la chaleur animale diminue considérablement; il fait que les globules sanguins se resserrent, épaississent le sang, et déterminent son passage à l'état poisseux, dit de gelée de groseille; il fait que ces globules, se chargeant d'acide carbonique, sans pouvoir retourner aux poumons, prennent la teinte violacée du sang non hématosé, produisent l'état cyanique de la peau, et aboutissent, dans des cas trop fréquents, sans réaction possible de la vie opprimée, à la terminaison fatale. Telle est, dans sa formule la plus abrégée, la théorie du choléra dans l'école de M. Robin, et que l'auteur dont nous parlons en ce moment s'est appliqué à développer dans son intéressant mémoire. Le temps n'est point encore venu où il soit possible de juger cette théorie à la lumière d'une méthode expérimentale sévère : ce qu'on en peut dire tout au moins maintenant, c'est qu'elle se présente comme un ensemble doctrinal très-ingénieusement lié, et qu'elle emprunte au nom sous lequel elle se produit ici, et à la manière dont M. le docteur Papin-Ruillier-Beaufort l'expose, une autorité qui la recommande à l'attention des esprits sérieux. Il ne faut point l'oublier d'ailleurs : cette conception de la nature du choléra ne porte que sur la modification que la cause extérieure de la maladie imprime au milieu interne, et elle peut se concilier avec toutes les conceptions étiologiques qui placent dans le milieu ambiant la cause génératrice du mal; nous dirons la même chose des vues que vient également d'exprimer à cet égard M. Shrimpton, et qui empruntant à la pathologie cellulaire de Virchow son idée fondamentale, l'applique à la conception doctrinale du choléra, et y voit essentiellement l'expression rigoureuse de l'extinction successive des vies isolées, partielles, dont la vie générale n'est que la manifestation accumulée, pour nous servir d'une expression de Darwin.

Nous nous arrêterons ici : les autres conceptions théoriques du choléra, soit qu'il s'agisse de son étiologie proprement dite, soit qu'il s'agisse de l'essence même, autant qu'on peut tenter de l'atteindre, de la perturbation vitale qui constitue la maladie, sont connues : celles-ci essayant, tout au moins, d'ouvrir à l'esprit de recherche une route inexplorée, nous avons dû les indiquer; mais là se borne

et là se doit borner notre prétention. Quant au traitement de la maladie, nous ne pensons pas qu'il ait fait de grands progrès, depuis que nous avons indiqué ici même les principales médications mises en usage dans l'épidémie de 1865, par les médecins les plus autorisés; nous y renvoyons donc le lecteur.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Fracture compliquée de la jambe droite. — Issue du fragment supérieur qui est irréductible. — Agrandissement de la plaie. — Résection du fragment. — Enlèvement des esquilles. — Immobilisation dans une gouttière platrée. — Guérison. — Le 31 mars dernier on apportait dans mon service, à l'hospice de Bicêtre, le nommé Dubois (Pierre), carrier, âgé de quarante-quatre ans. Il venait d'être renversé dans la carrière par un bloc de pierre énorme qui avait roulé sur sa jambe droite.

Les internes du service constatent une fracture au niveau du tiers inférieur. Le pied était complétement renversé en dehors et paraissait comme tordu sur la jambe. A la face interne existait une plaie à travers laquelle sortait le fragment supérieur, coupé très-obliquement et présentant environ 6 centimètres de longueur. La plaie l'étranglait à sa base. Une autre plaie existait encore à la partie externe au niveau de la fracture du péroné, mais aucune portion d'os ne s'y engageait. Le malade, qui disait avoir perdu beaucoup de sang au moment de l'accident, n'en perdait que peu à son entrée à l'hôpital.

Les internes tentèrent la réduction, mais sans résultat. Ils employèrent le chloroforme et ne réussirent pas mieux durant le sommeil anesthésique. Les bords de la plaie formaient une boutonnière fortement serrée autour du fragment. C'est alors qu'ils me firent prévenir et préparèrent tout ce qui était nécessaire pour l'amputation de la jambe.

En arrivant auprès du malade, je vis qu'effectivement la question d'amputation immédiate pouvait et devait même être posée. La jambe était littéralement broyée : des plaies en dedans et en dehors, des esquilles dans le foyer de la fracture, un fragment irréductible, à chaque mouvement imprimé au membre, le sang sortant en abondance mélangé à l'air. Le pied pendait au bout de la jambe, et, porté dans tous les sens, ne semblait se rattacher à la jambe que

par la peau contusionnée elle-même. Je m'empressai de rechercher l'état de la circulation et de l'innervation dans le pied, car de là dépendait la décision que j'allais prendre. L'accident était arrivé depuis plusieurs heures et le pied était encore chaud. Je trouvai les battements de la pédieuse, et la sensibilité des orteils, quoique un peu diminuée, persistait. Les vaisseaux et les nerfs du pied étaient donc intacts, ce qui me détermina à tenter la conservation du membre.

Un fait analogue à celui-ci, et que j'avais observé dans mon service vers la fin de l'année dernière, n'était cependant pas de nature à m'encourager dans cette pratique. En effet, un jeune homme de vingt-huit ans avait eu également la jambe prise sous un bloc de pierre, le pied était encore chaud plusieurs heures après ; on ne sentait pas toutefois de battements à la pédieuse ni à la tibiale postérieure, la sensibilité n'était pas complétement abolie, je tentai la conservation après réduction convenable. Dans la nuit du troisième au quatrième jour, le pied était à peu près complétement gangrené. Je fis au matin l'amputation, mais le malade succomba. Eût-il eu plus de chances de survivre si l'amputation avait été pratiquée immédiatement ? Il est difficile de répondre à cette question quand on songe à l'énorme gravité des amputations immédiates du membre inférieur à la suite d'un violent traumatisme.

C'est cette gravité si grande des amputations immédiates, et la persistance de la circulation et de l'innervation dans le pied presque détaché de la jambe, qui m'engagèrent à pratiquer une opération, grave sans doute, mais qui au moins, en cas de succès, avait l'avantage sur l'amputation de conserver l'intégrité du membre.

J'agrandis avec le bistouri la plaie interne de façon à mettre largement à nu le foyer de la fracture. Une scie à chaîne introduite sous le fragment supérieur me permit d'en retrancher toute la portion qui faisait issue au dehors. A l'aide des doigts, je sentis les esquilles et les enlevai avec le davier; l'une d'elles avait bien 7 à 8 centimètres de longueur. Je ne touchai pas au fragment inférieur. Cela fait, la réduction fut obtenue très-facilement; je remplis de charpie la vaste cavité résultant de l'opération et le membre fut placé dans une gouttière ordinaire, en fil de fer. Je prescrivis des cataplasmes froids qu'on renouvelait aussi souvent qu'ils devenaient chauds.

Voici maintenant la suite de l'observation telle que l'a recueillie M. Chevillion, interne du service :

Le 1er avril. Etat général assez satisfaisant. Le fragment supé-

rieur tend à saillir sous la peau. On cherche à le comprimer à l'aide de liens modérément serrés.

Le 12. Etat général toujours bon. Le tibia ne pouvant être suffisamment maintenu, application de l'appareil plâtré de M. Maisonneuve. Réduction imparfaite par suite d'une extension mal soutenue.

Le 18. On trouve le malade agité. Pouls, 116. Point de côté sous le mamelon droit. Quelques crachats sanglants. Un peu de toux. Respiration gênée. A l'auscultation, râle crépitant sous l'aisselle. Submatité à la percussion. (Ventouses scarifiées.)

Le 19. Matité évidente à la base droite. Un peu de souffle au tiers moyen. Plus de râle crépitant. Douleur continue, quoique moins forte. Dyspnée. Pas d'expectoration sanglante. (Ventouses scarifiées.)

Le 22. Etat général bon. L'appétit revient. Pouls, 95. (Vésicatoire volant.)

Pendant ce temps, la plaie de la jambe tend à la cicatrisation. Suppuration peu abondante. Le fragment fait toujours saillie sous la peau.

Le 28. M. Tillaux remet un nouvel appareil plâtré. Réduction parfaite.

Depuis le 28 avril jusqu'au 10 août, époque où on enlève l'appareil, amélioration continue. Etat général excellent. La plaie est cicatrisée. Le tibia fait une saillie très-légère. Raccourcissement de 3 centimètres 1/2. La jambe est un peu déformée. Œdème local. Plus de douleur quand on soulève le membre; cependant la consolidation n'est pas complète. Compression. Bande roulée.

Le 10 septembre. Le malade marche pour la première fois avec des béquilles.

Le 17. Il peut s'appuyer sur la jambe droite. Claudication presque nulle.

D*** demande à quitter l'hôpital et à être envoyé à Vincennes.

P. Tillaux,
Chirurgien des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement du choléra par les injections salines dans les veines. Tout n'est pas dit encore sur ce moyen. Si le succès a manqué dans le plus grand nombre des cas, toujours est-il que la guérison a été obtenue dans quelques-uns, notamment à London's Hospital,

ainsi que nous l'avons noté dans un de nos derniers Bulletins des hôpitaux. Reste bien à savoir quelle part revient à la médication dans ces cas favorables, et c'est ce que l'expérience seule pourra faire connaître. Tout ce que l'on peut dire quant à présent, c'est que ces tentatives ne paraissent pas mériter d'être abandonnées et que peut-être elles réussiraient mieux et plus souvent si elles étaient faites plus tôt; car les premiers effets qui se manifestent à la suite de ces injections sont en général favorables, comme l'observation suivante en fournit un nouvel exemple.

Femme de quarante-trois ans, prise de choléra le 17 septembre dernier, après dix jours de diarrhée, entrée le même jour à l'hôpital de Middlesex. A l'entrée, état de collapsus, yeux profondément excavés, face altérée, traits tirés, amaigris, mains ridées, cyanose; pouls imperceptible aux poignets, à peine sensible aux artères brachiales; aux carotides, 120 pulsations; respiration laborieuse, à 28; haleine froide, refroidissement général; voix cassée; crampes; vomissements et selles riziformes. La médication d'abord employée (moyens de réchauffement à l'extérieur, glace et potion avec stimulants diffusibles et opium à l'intérieur) étant restée sans effet, la situation de la malade étant au contraire aggravée, on se décida à tenter les injections salines dans les veines.

A quatre heures et demie du soir, à la demande du docteur Murchison, M. Moore poussa dans la veine brachiale droite une solution à 101 degrés Fahrenheit ou 38°,33 centigrades (température du rectum de la malade), solution composée de chlorure de sodium, 6 grammes; chlorure de potassium, 2 grammes; phosphate de soude, 0,50 centigrammes; carbonate de soude, 0,25 centigrammes; eau, 1130 grammes (les mesures anglaises réduites en nombres ronds). A peine le tiers de cette solution avait été injectée que déjà il y avait une amélioration appréciable dans l'état de la malade, amélioration qui se montra plus sensible encore quand on en eut fait pénétrer la moitié. Il devint alors possible de compter le pouls, non-seulement à la brachiale, mais encore aux radiales, ce qui n'avait pu avoir lieu depuis l'entrée; le nombre des respirations tomba à 26; la face se ranima un peu et la malade accusa du mieux être. Mais cette amélioration ne fut que momentanée; le reste du liquide n'était pas encore complètement poussé dans la veine que déjà ces signes favorables disparaissaient; les évacuations par haut et par bas, qui étaient suspendues avant l'injection, reprenaient même avec intensité. A cinq heures et demie le pouls était redevenu imperceptible et à la radiale et à la brachiale; à six heures il y avait 44 respirations; enfin la malade succomba à sept heures et demie, trois heures après le commencement de l'opération. (*The Lancet*, 13 oct. 1866.)

De l'influence de l'alcool sur la température. De leurs expériences, les docteurs Sydney Renger et Walter Rickards ont conclu que l'alcool fait baisser la température. Trois adultes prirent de l'alcool jusqu'à dose toxique. La chute de la température fut de 3 degrés Fahrenheit chez deux. Le troisième, qui était un buveur habituel, ne ressentit rien. De l'alcool fut injecté dans le rectum de deux lapins, la température diminua aussitôt, si bien que chez l'un la chute fut de 13 degrés Fahrenheit, et après leur mort on constata qu'ils devenaient froids immédiatement.

A dose ordinaire, à l'état de santé, l'alcool agit de même, mais la diminution de la température est faible. Ainsi onze personnes adultes bien portantes prirent 30 grammes d'alcool (*an ounce of brandy*). Chez huit la température baissa; chez les trois autres il n'y eut aucun changement; mais deux avouèrent qu'ils avaient l'habitude des boissons alcooliques.

Chez les personnes atteintes de fièvre, la chute de la température n'est que faible et temporaire, et n'est plus aussi marquée que chez les personnes bien portantes. C'est du moins ce qui résulte de nombreuses expériences variées, faites avec des doses faibles et élevées d'alcool. C'est ainsi qu'un enfant de douze ans prit dans un seul jour 350 grammes (11 onces) d'alcool absolu sans aucun résultat sur sa température. Il n'est pas dit quelle était sa maladie.

L'influence de l'alcool sur le pouls a été notée de la manière suivante. La force du pouls augmente, et sa fréquence diminue.

Ces expériences nous ont paru intéressantes à signaler, mais elles apportent un nouvel appui à la méthode du traitement de certaines maladies à forme adynamique (la pneumonie entre autres). Nous saurons désormais que si l'état général du su-

jet indique les stimulants, l'alcool agira aussi d'une certaine façon en modérant la chaleur et la fréquence du pouls, ces phénomènes fébriles par excellence. (*The Lancet*, 25 août 1866).

Action fébrifuge de l'iris de Florence. Le *Bulletin pharmaceutique* de Milan publie un mémoire intéressant de M. Allisiardi, pharmacien à Salluzzo, qui s'appuie sur de nombreux faits pour démontrer l'action fébrifuge de l'iris de Florence. Des expériences fréquentes faites soit par l'auteur, soit par des médecins distingués, et entre autres par MM. Rossi, Verone et Bessone, ont démontré que dans un très-grand nombre de cas on trouverait dans cette substance un succédané sûr et économique du quinquina. On l'administre sous forme d'extrait aqueux à la dose de 10 à 20 grammes, à prendre en deux fois, à deux heures d'intervalle.

Voici comment l'auteur obtient cet extrait :

Prenez :
Iris de Florence grossièrement concassé..... 1 kil.
Eau .... 5 litres.

Faites trois macérations ; la première de vingt-quatre heures, et les deux autres de douze ; passez avec expression, laissez reposer quelques heures, décantez et faites évaporer jusqu'à réduction d'un kilogramme environ ; laissez refroidir pour faire séparer la fécule amylacée ; filtrez, puis continuez l'évaporation au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait pas trop dense ; ensuite on versera dans un vase le résidu chaud dont on rejettera l'écume.

Avec cet extrait, on prépare aussi un sirop calmant pour les enfants ; en voici la formule :

P. extrait aqueux d'iris, 50 gr.
Délayez dans :
Eau. .... 150 —
Ajoutez :
Sucre blanc. ..... 300 —

Portez à l'ébullition. Ce sirop contiendra 10 pour 100 d'extrait. (*Journal de médecine de Lyon.*)

Traitement de l'acné ponctuée. Soit une acné ponctuée, volumineuse, plus ou moins confluente, ancienne, siégeant au front d'un jeune homme; M. Davreux conseille le traitement suivant :

On fera d'abord usage d'un couvre-chef plus léger, moins chaud, et d'autant plus facile que la sueur baigne plus habituellement le front. On exprimera par la pression le contenu des follicules les plus gros et les plus anciens, laissant au traitement le soin de faire disparaître les points noirs les moins apparents et les plus récents. Jamais on ne lavera le front avec de l'eau complétement froide; trois ou quatre fois par jour, on fera des lotions d'eau tiède continuées pendant cinq minutes environ, et on se trouvera bien de ne pas négliger ce soin après une forte transpiration *accidentelle* ou avant de s'exposer au froid, surtout au froid sec. On fera suivre ces lotions tièdes, le matin et le soir, principalement le soir, de lotions astringentes qu'il sera bon de continuer pendant un petit quart d'heure. Après divers essais, M. Davreux en est venu à composer ces dernières lotions de la manière suivante :

Alun...... 30 à 40 et 50 gr.
Eau..... .... 1000 —

Ce traitement n'a pas été continué une quinzaine de jours, que déjà il a produit des effets visibles. La peau paraît plus *ferme*; un grand nombre de petits points noirs ont disparu; les plus anciens et les plus gros, que la pression n'avait pas éliminés, restent seuls. C'est le moment de remplacer les lotions précitées par des lotions alcalines froides, puis tièdes.

M. Davreux emploie, d'emblée, à cet effet, le bicarbonate de soude, dans les proportions ci-après, sans les dépasser :

Bicarbonate de soude. 20 gr.
Eau................ 1000 —

L'eau doit être ici beaucoup moins chaude que pour les lotions ordinaires, sans quoi l'on courrait risque d'irriter la peau outre mesure et même de produire l'inflammation du follicule.

Quand *quelques* points résistent, quelques points seulement, car on ne pourrait pas employer ce moyen pour une grande surface, il faut recourir, pour irriter le follicule et exciter sa contraction, aux pommades mercurielles, que certaines personnes ont le tort de prescrire dès le principe.

Contrairement à l'opinion de

M. Hardy, qui dans un récent article a écrit que les pommades ne réussissent pas et qu'il leur préfère les lotions, M. Davreux a trouvé que c'était un moyen presque infaillible. Après avoir eu successivement recours au proto-iodure de mercure, puis à l'iodo-chlorure, et enfin au bi-iodure, il emploie exclusivement ce dernier, mais toujours dans une faible proportion.

Bi-iodure hydrargyrique. 50 centigr.
Axonge.............. 10 gr.

Après les premières applications l'auteur passe à la formule suivante :

Bi-iodure hydrargyrique........... 5 à 10 centigr.
Axonge........... 15 gr.

On frictionne une fois le jour, deux au plus, doucement, pendant cinq minutes, et l'on a soin de ne pas laver la partie malade après cette petite opération. Il est des personnes dont la peau est assez fortement irritée par ces frictions; c'est une raison de donner plus d'importance aux lotions astringentes, surtout froides, et il faut alors les employer pendant quelque temps à l'exclusion des autres moyens, pour revenir ensuite aux pommades mercurielles, mais dans une très-faible proportion, et plutôt en onctions que sous forme de frictions proprement dites.

Malgré les soins les mieux dirigés, on ne rencontre que trop souvent des acnés ponctuées rebelles à tout traitement; et la plupart de celles-ci siégent au visage ou bien sur les épaules de personnes qui tiennent beaucoup à les faire disparaître. C'est à ces cas en quelque sorte désespérés qu'il faut opposer les douches de toutes sortes et surtout celles d'eaux minérales chaudes. Ici on ne peut rien formuler d'avance; souvent on doit au hasard une guérison que l'on avait demandée en vain à un traitement long et pour ainsi dire de tous les instants. Ce que l'on peut dire avec M. Hardy, c'est que les eaux minérales sont meilleures pour consolider une guérison que pour l'effectuer réellement. (*Journal de méd. et de chir.*)

Cirrhose du foie avec ascite, traitée avec succès par l'iodure de potassium; retour de l'ascite après plusieurs années, mort, autopsie. Au lieu d'une cirrhose, ne faut-il pas voir dans ce cas une syphilis hépatique, comme dans un assez bon nombre d'autres qui ont été publiés, quelques-uns de ceux, par exemple, qu'a rapportés M. Leudet dans son mémoire dont nous avons fait connaître ici même les conclusions, il n'y a pas longtemps? Les effets d'un premier traitement par l'iodure potassique, les résultats fournis par l'autopsie plus tard, nous semblent donner à cette question une réponse affirmative.

Le malade, porte-faix dans un chemin de fer, entra une première fois à l'hôpital Saint-Vincent, en novembre 1860, dans le service du docteur Mapother. Il avait une ascite considérable, laquelle, en raison de l'absence d'œdème des membres inférieurs, de la présence de veines dilatées sur l'abdomen et d'une légère teinte ictérique des téguments, fut considérée comme symptomatique d'une cirrhose du foie. L'hydropisie abdominale ne remontait qu'à environ quatre mois; cependant il avait déjà subi deux ponctions avant son admission à l'hôpital. La santé générale d'ailleurs ne paraissait pas encore profondément atteinte. L'iodure de potassium fut prescrit, et, ce semble, plutôt à titre d'essai empirique dans une maladie contre laquelle la thérapeutique a été jusqu'ici impuissante, que par l'effet d'une vue théorique ou du soupçon qu'il pût y avoir de la syphilis dans le fait de ce malade. Ce sel fut administré à l'intérieur, d'abord à la dose de cinq grains trois fois par jour, portée ensuite au double d'une manière graduelle, et à l'extérieur sous forme de pommade appliquée à la surface d'un large vésicatoire. Le liquide épanché se résorba graduellement, et avait totalement disparu au bout de trois semaines de la cavité péritonéale. Le malade, sorti alors de l'hôpital et retourné à ses occupations, fut rencontré à plusieurs reprises par M. Mapother, et toujours en bon état.

Mais en 1865 l'hydropisie reparut et il dut revenir à l'hôpital, où il fut admis pour la seconde fois en août de cette même année. On recourut de nouveau au même traitement, puis aux purgatifs, aux diurétiques, etc., sans obtenir aucun résultat, et il fallut en arriver à pratiquer la ponction. A la suite de cette opération, il survint du coma, qui dura trente heures et disparut tout à coup, coma auquel notre confrère assigne comme cause probable la cessation complète de l'excrétion biliaire, ne pouvant l'attribuer à l'u-

rémie, puisque l'urine retirée par le cathétérisme était normale, non plus qu'à la modification apportée par l'opération dans les conditions de la circulation sanguine, à juger de l'état de celle-ci d'après le pouls et la température de la peau. Le cinquième jour après la ponction, la plaie se rouvrit et il s'échappa une grande quantité de liquide. Le malade alla ensuite s'affaiblissant, et succomba au bout d'un mois. A l'autopsie, on trouva, comme principales lésions, le foie réduit de volume, induré, parsemé de tumeurs noueuses (*nodulated*), la rate considérablement hypertrophiée, le tissu du poumon comprimé et offrant dans son lobe inférieur cet état désigné par le nom d'atélectasie. (*Med. Press and circular*, 31 janv. 1866.)

Hernie étranglée réduite au moyen de la réfrigération locale par l'éther pulvérisé. Le cas s'est présenté chez un garçon de ferme âgé de trente-cinq ans, qui était atteint de hernie inguinale depuis deux années, sans jamais avoir porté de bandage. Etant, dans le courant de septembre dernier, occupé à des travaux pénibles, cet homme sentit sa hernie sortir plus volumineuse qu'à l'ordinaire, et ne put la faire rentrer comme cela lui était arrivé plusieurs fois auparavant. Incapable de continuer son travail, il revint chez lui et se mit au lit; mais ce ne fut que le lendemain qu'un médecin, M. le docteur Wallau, fut appelé. Celui-ci trouva le malade avec des nausées, des vomissements, des coliques, une constipation absolue, et n'ayant pu parvenir, après plusieurs tentatives, à réduire la hernie par le taxis, il demanda l'assistance du docteur Barclay, à qui nous devons la relation du fait.

De nouveaux essais de taxis n'ayant pas eu plus de succès que les premiers, l'opération paraissait devoir être bientôt la dernière ressource, quand l'idée vint au docteur Barclay, avant de recourir à l'instrument tranchant, de voir si, par la réfrigération de la partie à l'aide de l'éther vaporisé, on n'obtiendrait pas le résultat qui a été plus d'une fois dû à l'emploi de la glace. Le malade fut immédiatement placé sur le dos, la tête et les épaules basses, le siége relevé au moyen d'une chaise renversée, de manière à favoriser par la position l'effet qu'on désirait obtenir; puis, avec l'appareil pulvérisateur de Richardson, on lança, à petite distance, de la vapeur d'éther sur la tumeur, jusqu'à ce que, au bout de quarante secondes environ, on vit la peau pâlir. A ce moment le taxis, opéré sans efforts, suffit pour amener la réduction. (*British med. Journ.*, 20 octobre 1866.)

Traitement du choléra par l'acide arsénieux. Le docteur Cahen, dont nous déplorons la perte récente, avait employé ce médicament dans la dernière épidémie, et sa confiance était telle dans cette médication qu'il croyait avoir trouvé un moyen curatif efficace. Selon lui, c'est l'algidité qui indique le traitement arsenial. Dès qu'il survient un peu d'algidité, il faut commencer à prescrire l'acide arsénieux; ce n'est pas 1 à 2 milligrammes qu'il faut administrer en vingt-quatre heures, mais 20, 30, 40 ou plus. Les résultats obtenus à l'hôpital Rothschild ont été des plus satisfaisants. Voici la méthode qui y était suivie. Le médecin résidant commençait le traitement dès que le malade entrait à l'hôpital. Le cholérique était immédiatement placé dans un lit bien chauffé, et on lui administrait un ou deux grammes d'ipéca; aussitôt que les vomissements provoqués avaient cessé, on lui faisait prendre avec de la glace un granule de 2 milligrammes d'acide arsénieux, et l'on continuait. On a obtenu ainsi vingt guérisons sur vingt-quatre malades. Malgré ce résultat des plus encourageants, nous hésiterions à donner de si fortes doses d'arsenic dans une maladie où l'absorption manque. Qui nous dit qu'au moment de la réaction les doses d'acide arsénieux accumulées dans le tube digestif ne produiront pas des accidents toxiques?

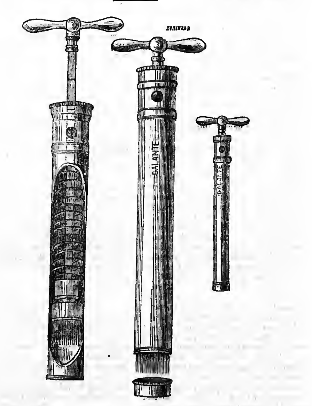
(*Union médicale.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Empoisonnement par la cautérisation d'une dent. Le docteur Massola a exposé un fait d'empoisonnement par la pâte caustique arsenicale, plus connue sous le nom de pâte américaine. La cavité d'une dent cariée avait été remplie par un dentiste avec un tampon de coton trempé dans ce mélange arsenical, excellent d'ailleurs; mais l'opé-

rateur imprudent avait oublié, quand il renvoya sa cliente, de la prévenir du danger qu'elle courait en avalant la matière renfermée dans la cavité dentaire, si bien que l'opérée ne se gêna aucunement pour déglutir sa salive imprégnée de liquides toxiques. Il en résulta que le docteur Massola, appelé près d'elle peu d'heures après l'opération, la trouva dans un état très-grave. L'on constatait, en effet, les selles riziformes, les vomissements multipliés, des crampes violentes, l'épigastralgie, en un mot tous les symptômes d'une forte cholérine, moins toutefois la cyanose. Par l'examen de la bouche, le médecin apercevait sur la gencive contiguë à la dernière molaire une surface dénudée et escharifiée; il fut bientôt mis sur la voie quand on lui apprit la visite au dentiste, et il put combattre à temps les suites d'un empoisonnement qui avait eu lieu par oubli des précautions nécessaires en pareil cas.

(*Société médicale de Chambéry.*)



Nouveau révulseur. M. le docteur Alphonse Morpain a présenté à l'Académie une nouvelle modification du révulseur.

Cet instrument diffère du révulseur de M. le docteur Dreyfus, construit il y a quelques années par M. Mathieu, en ce que l'on peut graduer avec lui la puissance en poids du choc des aiguilles. Ainsi, en partant de 2 kilogrammes, on arrive progressivement à se servir d'une force graduée en poids de 7 kilogrammes.

On peut donc régler la pénétration des aiguilles dans les différentes régions que l'on veut soumettre à ce genre de révulsion.

Ce nouvel appareil, fabriqué selon

les indications par M. Galante, se compose d'un cylindre en métal, dans lequel se meut, au moyen d'un ressort à boudins, une rondelle garnie de 37 aiguilles. Cette rondelle présente *cette modification* qu'elle *joue librement* sur la tige, ce qui lui permet un mouvement de *recul*, sans lequel les aiguilles pénétreraient trop dans les tissus frappés, et seraient très-sujettes à se briser.

Pour manœuvrer l'appareil, on tire sur la barrette, jusqu'à ce que la tige vienne accrocher dans un ressort fixé à l'extrémité supérieure de l'instrument. La tige étant graduée permet de régulariser la force à donner à la projection des aiguilles.

Il suffit alors de pousser sur un bouton pour faire partir les aiguilles. Le même instrument a été réduit pour s'adapter dans la trousse ordinaire. Ce petit modèle contient 17 aiguilles.

Traitement de l'iritis rhumatismal. M. Galezowski a soigné un jeune homme atteint d'iritis rhumatismal. Ce malade avait été atteint une première fois à l'œil gauche. L'affection s'était déclarée par un temps pluvieux et froid. Il avait eu antérieurement un rhumatisme consécutif et une blennorrhagie et avait été soigné par différentes méthodes. Il y a six mois, M. Galezowski employa l'atropine contre l'iritis, et administra en même temps le sulfate de quinine à haute dose. Le malade guérit en quinze jours. Il a été repris de nouveau, dans les mêmes circonstances climatériques, d'un iritis de même nature dans l'œil droit, on même temps que d'un gonflement douloureux du pied gauche. M. Galezowski le traita encore par le sulfate de quinine et a obtenu rapidement la guérison.

Ce fait et d'autres analogues l'autorisent donc à dire que le sulfate de quinine est un des moyens de guérison les plus efficaces de l'iritis rhumatismal. (*Société médicale du Panthéon* et *Gazette médicale de Lyon*.)

VARIÉTÉS.

Congrès médical international de Paris (1).

QUESTION V.

DE L'INFLUENCE DES CLIMATS, DES RACES ET DES DIVERSES CONDITIONS DE LA VIE SUR LA MENSTRUATION.

L'âge de la première menstruation et l'époque de la ménopause varient suivant les *climats*, les *races* et le *genre de vie*. Le but de la question proposée est surtout de déterminer la part de ces trois ordres d'influences, à l'aide d'observations recueillies dans des conditions diverses, et ramenées cependant à des termes comparables.

Les documents qui existent jusqu'ici dans la science ne sont peut-être pas assez nombreux et assez variés pour permettre de résoudre dès maintenant cette question compliquée; mais la solution pourra ressortir du rapprochement des mémoires présentés au congrès par les médecins des divers pays.

Sans prétendre limiter en rien le cadre de leurs recherches, la commission croit devoir leur signaler les principaux éléments du problème.

Pour apprécier l'influence du genre de vie, il faut comparer entre elles plusieurs séries de femmes appartenant à la même race, et résidant dans le même pays, mais vivant dans des conditions différentes. Ces séries peuvent aisément se réduire à trois: les femmes de la classe aisée, les ouvrières et femmes pauvres des villes, et les paysannes. Les faits connus jusqu'ici tendent à établir que l'âge moyen de la première menstruation présente dans ces trois groupes (qu'on pourrait au besoin multiplier) des différences assez notables.

La condition de comparer entre elles des femmes de même race se réalise

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 382.

assez rarement, dans toute sa rigueur, dans les pays habités par les races d'Europe. La plupart des populations européennes de l'ancien et du nouveau monde sont issues du mélange de plusieurs races, plus ou moins étroitement fusionnées, mélange qui se manifeste par la variation de certains caractères extérieurs, tels que la couleur des yeux et des cheveux. Il serait donc fort intéressant de noter ces caractères anthropologiques dans les observations, afin de pouvoir établir dans chaque groupe des groupes secondaires, composés d'éléments aussi comparables que possible.

L'influence des climats sur les phénomènes de la menstruation ressortira de l'étude de femmes de la même race, vivant sous des climats différents et dans des conditions sociales à peu près équivalentes.

Enfin, les observateurs fixés dans des pays habités par des races bien distinctes pourront, en établissant des groupes basés à la fois sur les conditions précédemment indiquées et sur les conditions anthropologiques, et sans négliger l'étude importante des femmes de sang mêlé, résoudre le problème de l'influence de la race sur la menstruation.

Il est bien entendu que l'étude des anomalies de la menstruation, considérées dans leurs rapports avec les influences susmentionnées, rentre directement dans le sujet proposé (1).

QUESTION VI.

DE L'ACCLIMATATION DES RACES D'EUROPE DANS LES PAYS CHAUDS.

Les faits relatifs à l'acclimatement de l'individu ne sont pas compris dans la question proposée. Les hommes d'Europe ne peuvent s'établir dans les pays chauds sans s'exposer à certaines maladies qui accroissent plus ou moins leurs chances de mortalité; toutefois, quelque grands que soient les dangers qu'ils encourent, un certain nombre d'individus peuvent y échapper, soit à la faveur d'une flexibilité particulière d'organisation, soit à la faveur d'un genre de vie capable de neutraliser l'influence nuisible du climat.

On évitera de confondre ces faits individuels avec ceux qui se rapportent à l'acclimatement d'une race. Un certain nombre, et même un grand nombre d'individus acclimatés, ne suffirait pas pour prouver l'acclimatement de la race à laquelle ils appartiennent, car il peut se faire que leurs descendants n'échappent pas aussi bien qu'eux à l'action du climat, et que leur postérité soit appelée à s'éteindre, comme il n'en existe que trop d'exemples, au bout de quelques générations.

Une race n'est acclimatée dans un pays que lorsqu'elle peut s'y maintenir indéfiniment *par elle-même*, sans se croiser avec les races indigènes, et sans recevoir de la mère-patrie des renforts plus ou moins fréquents. Le procédé qui consiste à démontrer l'acclimatement d'une race dans une colonie, en se

(1) Les travaux entrepris dans le but de répondre à la question ne peuvent reposer que sur des observations particulières, et ne peuvent d'ailleurs acquérir toute leur importance que par le rapprochement qu'on établira entre les recherches des divers auteurs; il est à désirer que ces recherches, qui seront faites dans des conditions très-différentes, soient exécutées suivant un plan uniforme; nous invitons donc les auteurs à annexer à leurs mémoires un tableau d'observations individuelles, qu'ils pourront aisément disposer dans le cadre suivant :

Sujets observés.	Age.	Condition sociale, profession.	Age de la 1re menstruation.	Menstruation régulière ou irrégulière	Intervalles des menstruations.	Durée de l'écoulement.	Mariée ou non.	Nombre d'enfants et de fausses couches.	Age de la ménopause.

On pourra y joindre d'autres renseignements relatifs à la taille, à la couleur des yeux et des cheveux, à la constitution, etc. Il est bien entendu que chaque bulletin devra être accompagné de renseignements sur le lieu de l'observation (longitude, latitude, altitude, température, etc.).

basant purement et simplement sur l'augmentation du chiffre de la population, est donc tout à fait défectueux. L'arrivée de nouveaux immigrants peut masquer entièrement les effets meurtriers du climat, et réaliser un accroissement numérique là où la colonie, abandonnée à elle-même, serait menacée d'une extinction prochaine. La comparaison de la natalité avec la mortalité, qui est cependant le véritable procédé à suivre, n'échappe même pas à cette cause d'erreur, attendu que la plupart des immigrants, ayant déjà traversé l'âge de l'enfance, qui est la période la plus dangereuse de la vie, ne figurent en général sur les relevés de population qu'à partir du moment où ils sont en état de procréer. De là résulte la nécessité de séparer le groupe des immigrants de celui des colons nés dans le pays.

Pour qu'une race soit complétement acclimatée, il ne suffit pas qu'elle se maintienne par son propre sang ; il faut encore qu'elle puisse subsister par son propre travail, en cultivant le sol, et non en le faisant cultiver par des individus d'une autre race. L'acclimatement subordonné à l'assujettissement d'une caste indigène ou exotique, réduite en domesticité ou en esclavage, ne peut être que temporaire, comme les conditions politiques dont il dépend.

Le principal but de la question présentée au congrès est d'obtenir des documents relatifs à l'acclimatement complet des races d'Europe dans les pays chauds. Toutefois, il ne sera pas sans intérêt d'étudier les conditions à la faveur desquelles les races, bien que n'étant pas complétement acclimatées, peuvent du moins se maintenir par le travail d'autrui dans des régions chaudes, où elles ne pourraient, sans périr, se livrer à la culture du sol.

Sans méconnaître l'utilité des travaux d'ensemble qui pourront être présentés au congrès sur la question proposée, la commission croit devoir demander surtout des mémoires spéciaux sur l'acclimatement de tel ou tel peuple d'Europe dans l'une des régions chaudes du globe. Elle émet le vœu que chacun de ces mémoires soit accompagné de renseignements aussi complets que possible sur la géographie médicale, la météorologie et la climatologie de ces régions.

QUESTION VII.

DES ENTOZOAIRES ET DES ENTOPHYTES QUI PEUVENT SE DÉVELOPPER CHEZ L'HOMME.

La commission, en proposant comme sujet d'étude l'histoire des productions parasitaires animales et végétales, a été guidée dans son choix par l'importance des recherches entreprises de notre temps.

Les travaux sur le parasitisme sont si nombreux et répondent à des directions scientifiques tellement diverses, que la première préoccupation de la commission a dû être et a été de limiter son programme. Il lui a paru nécessaire d'exclure les notions définitivement acquises et déjà sanctionnées par une longue expérience, pour laisser de plus libres développements aux problèmes encore indécis, et qui seuls appellent des débats fructueux. C'est en se conformant à cette pensée qu'elle s'est appliquée à restreindre le cadre de cette discussion.

Les espèces parasitaires qu'on désigne sous le nom d'épiphytes ou d'épizoaires, et qui ont pour habitat exclusif l'enveloppe cutanée ou les membranes muqueuses qui confinent à la peau, ont été l'objet d'investigations multipliées ; leur histoire est déjà trop près d'être complète pour se prêter à une exposition nécessairement abrégée.

Les parasites animaux qui se développent dans le cours de quelques maladies, intervenant tout au plus à titre de complication, et reconnaissant pour antécédents obligés l'existence préalable d'une lésion locale ou générale, n'ont pas paru davantage devoir figurer dans le programme.

Même en se bornant à l'étude des espèces qui, importées dans l'économie, deviennent des causes de maladies et donnent lieu à des altérations ou à des symptômes particuliers (spécifiques), il importe de réserver la première place à l'histoire naturelle. La pathologie occupe provisoirement le second rang, parce qu'elle ne saurait être scientifiquement constituée que du jour où l'on aura des notions positives sur la genèse, l'anatomie et la physiologie des parasites.

Les considérations relatives à l'hygiène publique, aux mesures de police médicale, sont à exclure pour les mêmes raisons.

Les espèces animales qui ont paru devoir fixer surtout l'attention sont celles

qui, sujettes à des transformations profondes, ont des formes extérieures, des habitats et des modes de vivre qui varient avec les périodes de leur évolution ; celles surtout qui subissent de telles métamorphoses, qu'on n'est arrivé qu'à la longue à saisir ou à entrevoir la continuité de l'individu sous la diversité de ses aspects. C'est dans cet ordre d'idées qu'ont été accomplies les découvertes les plus méritantes de notre temps.

Si, au lieu de s'arrêter aux maladies dites parasitaires, on prend pour point de départ l'étude du parasite lui-même, il est évident qu'on ne saurait se renfermer dans la pathologie humaine. Dans le cours de leur migration et suivant leur mode d'existence, les parasites de l'homme habitent ou peuvent habiter des espèces animales diverses et y accuser leur présence par des symptômes qui répondent à chaque stade de leur évolution.

Se renfermer dans l'histoire des parasites chez l'homme, ce serait non-seulement rompre la série, mais se priver des moyens d'investigation que fournissent les animaux.

La question du parasitisme ne peut être résolue que par des recherches expérimentales instituées dans des conditions que ne comporte pas la médecine humaine.

La commission insiste expressément sur la nécessité d'appuyer les opinions émises par des expériences positives. Ce serait trop peu que d'exposer les faits dont les observateurs ont été les témoins, et qui, pour la plupart, sont consignés dans les nombreuses monographies publiées sur la matière. Il importe de mettre sous les yeux des membres du congrès les pièces préparées, des épreuves photographiques, des sujets vivants, de répéter autant que possible les expérimentations, de manière à fournir à la fois des preuves et des éléments de contrôle. La seule condition pour que les séances du congrès ne fassent pas double emploi avec les traités dogmatiques, c'est de mettre, sous les yeux de tous, les faits et les moyens de démonstration.

Les mêmes principes s'appliquent à l'histoire des parasites végétaux ou des entophytes, mais ici les données du problème sont plus complexes. La plupart des espèces végétales, même en éliminant celles qui se fixent sur la peau, ne sont que des productions secondaires développées sur des tissus déjà altérés. Elles n'expliquent ni la genèse, ni même le processus des phénomènes morbides, et ne peuvent, par conséquent, servir à caractériser une maladie.

L'importance pathologique des entophytes reste bien au-dessous de celle des entozoaires. Néanmoins, comme toutes les espèces sont loin d'être rigoureusement définies, il est à désirer qu'on insiste sur la classification, en appuyant les descriptions par des spécimens et des pièces microscopiques.

Une exhibition des types contribuerait plus que les meilleures descriptions à vulgariser des connaissances encore peu répandues.

Faculté de médecine de Paris. — La séance annuelle de rentrée a eu lieu le 5 novembre, au milieu de manifestations tumultueuses et bruyantes, d'autant plus regrettables qu'elles n'avaient aucune raison d'être, aucun but. Tous ceux qui aiment et respectent l'École, et désirent la voir grande et glorieuse, en sont à désirer que cette séance soit supprimée à l'avenir ; et, il n'y a pas à se le dissimuler, ce sera une atteinte de plus portée à sa vitalité propre, car bien rares sont les occasions où la Faculté peut se manifester aux étudiants en médecine.

M. le doyen Wurtz, dans une allocution chaleureuse et admirablement prononcée, a rappelé le vide que la mort et la maladie viennent de faire parmi les rangs des professeurs, et a annoncé qu'il allait être fondé une École de physiologie pratique où les élèves seraient admis par séries à prendre part aux exercices.

M. le professeur Jarjavay a prononcé l'éloge de Malgaigne.

La liste des lauréats a été proclamée par M. Laugier.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE. — 1er grand prix, M. Terrier, interne des hôpitaux. — 1er prix, M. Labbée, interne des hôpitaux.

PRIX CORVISART. — M. Suchard, externe des hôpitaux.

PRIX BARBIER. — 1° Une somme de 1,000 francs, à MM. Legros et Anger,

interne des hôpitaux, auteurs d'un Mémoire sur les tractions continues et leur application en chirurgie; 2° une somme de 500 francs à M. le docteur Marey, pour de nouvelles applications de sa méthode d'exploration graphique; 3° une somme de 500 francs à M. le docteur Groult, pour son appareil médical propre à l'administration des bains de vapeur.

Prix Chatauvillard. — Prix de la valeur de 2,000 francs, décerné à M. le docteur Empis, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux civils, pour son ouvrage intitulé : « De la granulie. » — Mention honorable à MM. les docteurs Olivier et Bergeron, pour la traduction avec notes et avec de nombreuses additions de l'ouvrage de M. Beale intitulé : « De l'urine et des dépôts urinaires. »

Thèses récompensées.— 1re *classe hors ligne.* (Médailles d'argent, par ordre de mérite.) — M. Thomas : « Du pneumatocèle du crâne. » — M. Gouguenheim : « Des tumeurs anévrysmales des artères du cerveau. » — M. Polaillon : « Étude sur les ganglions nerveux périphériques. »— M. Galezowski : « Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent. »

2e *classe.* (Médailles d'argent, par ordre alphabétique.) — M. Bergeron : « Recherches sur la pneumonie des vieillards. » — M. Bocquillon : « Mémoire sur le groupe des Tiliacées. » — M. Cabot : « De la Tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents. » — M. Demoulin : « De quelques productions hétérotopiques des muqueuses à épithélium prismatique cilié. » — M. de Font-Réaux : « Localisation de la faculté spéciale du langage articulé. » — M. Goujon : « Étude sur quelques points de physiologie et d'anatomie pathologique. » — M. Lemattre : « Du Mode d'action physiologique des alcaloïdes. » — M. Maurin : « Des Accidents laryngés dans la fièvre typhoïde. » — M. Obédénare : « De la Trachéotomie dans l'œdème de la glotte et de la laryngite nécrosique. » — M. Poumeau : « Du rôle de l'inflammation dans le ramollissement cérébral. »

3e *classe.* (Médailles de bronze, par ordre alphabétique.) — M. Auvray : « Étude sur la gastrite phlegmoneuse. » — M. Dumoutier : « Considérations sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds. » — M. Dusart : « Hérédité de l'épilepsie. » — M. Grandeau : Recherches chimiques sur l'eau thermale sulfurée de Schinznach (Suisse). » — M. Jolyet : « Essai sur la détermination des nerfs qui président aux mouvements de l'œsophage. » — M. Onimus : « De la Théorie dynamique de la chaleur dans les sciences biologiques. » — M. Padieu : « De la Coxalgie chez le fœtus et le nouveau-né. » — M. Rigal : « De l'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les maladies cardiaques. » — M. Rondeau : « Des affections oculaires réflexes et de l'ophthalmie sympathique. » — M. Rousse : « De la douleur provoquée chez les choréiques. » — M. Spiess : « De l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine. » — M. Stoullet : « Le choléra à l'hôpital Lariboisière en 1865. » — M. Taule : « Notions sur la nature et les propriétés de la matière organisée. » — M. Vergely : « Essai sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire chronique primitif. »

4e *Classe.* (Mentions honorables, par ordre alphabétique.) — M. Dodeuil : « Recherches sur l'altération sénile de la prostate et sur les valvules du col de la vessie. » — M. Duguet : « De la hernie diaphragmatique congénitale. » — M. Goulet : « Considérations sur la chorée. » — M. Jauets : « Considérations sur la convalescence des maladies aiguës et sur les accidents qu'elle peut présenter. » — M. Landois : « De la coloration bronzée de la peau dans les maladies. » — M. Leplay : « De l'anesthésie locale par la pulvérisation de l'éther, et description d'un nouveau pulvérisateur par le gaz acide carbonique. » — M. Méhu : « Etude chimique et physique de l'érythro-centaurine et sur la santonine. » — M. Ravier : « Des Hypergénèses et hétérotopies constituant les productions dites cancéreuses. »

Par décrets en date du 3 novembre 1866, MM. Andral, Cruveilhier, Piorry, Trousseau et Jobert de Lamballe, professeurs à la Faculté de médecine de

Paris, ont été admis, sur leur demande, à faire valoir lours droits à une pension de retraite.

Par décret en date du 3 novembre 1866, M. Piorry, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur. (Chevalier du 29 avril 1838.)

M. Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, a été nommé inspecteur général des services sanitaires en remplacement de M. Mêlier.

M. Clavier, médecin de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, le cours de clinique des maladies des enfants (semestre d'hiver), le mercredi 14 novembre et le continuera les mercredis suivants.

M. Foucher commencera le cours de clinique des maladies des yeux le lundi 19 novembre, à deux heures, au Bureau central des hôpitaux, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

Exercices opératoires et ophthalmoscopiques tous les jeudis, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Antoine.

M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra son cours de clinique médicale, à cet hôpital, le lundi 19 novembre, à neuf heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants (amphithéâtre no 1).

Mort de M. Natalis Guillot. — Nous avons la douleur d'annoncer que M. Natalis Guillot, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, vient de succomber à Nice aux progrès de la maladie qui depuis plusieurs mois l'éloignait de sa chaire. Successivement professeur de pathologie interne et de clinique médicale, M. Natalis Guillot devait au concours la glorieuse position qu'il avait acquise. Si le concours ne lui a pas ouvert les portes de l'École, il lui a dû de faire apprécier ses qualités d'orateur élégant et facile qui devaient le conduire au professorat, l'ambition de toute sa vie. Esprit curieux et investigateur, M. Natalis Guillot aimait assez à s'écarter des voies frayées ; aussi n'a-t-il pas laissé d'ouvrages classiques, mais tous ses travaux portent à un haut degré l'empreinte de son originalité. Comme chef de service, comme professeur, il était adoré des élèves. Sa bienveillance, sa franchise lui attiraient tous les cœurs, et cependant il était d'une sévérité inexorable pour tout ce qui ne lui paraissait pas honnête. Interne, puis chef de clinique de ce maître regretté, je considérerai toute ma vie comme un honneur d'avoir été admis dans son intimité, et je n'oublierai jamais ce que je dois à son enseignement.

Puissent les regrets de tous ceux qui l'ont aimé atténuer la peine de sa veuve inconsolable, qui, après avoir été la compagne de toute sa vie, l'a entouré de la plus touchante sollicitude pendant ces longs jours de souffrances, que n'ont pu lui épargner ni les secours empressés de ses collègues ni les soins dévoués de ses élèves.

Par suite de la volonté expresse de M. Guillot, ses obsèques ont eu lieu sans apparat, sans discours; mais les professeurs de l'École, les médecins des hôpitaux, ses collègues, et un grand nombre d'élèves sont venus spontanément rendre un dernier hommage à sa mémoire.

Pour les articles non signés. F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Épidémie cholérique de 1866. — Prophylaxie et thérapeutique (1);

Par le docteur Ernest Besnier, médecin du Bureau central des hôpitaux.

III. — COUP D'ŒIL SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

Dans un éloquent appel au retour des études doctrinales en médecine, M. Ém. Chauffard demande « si le désordre d'idées qui règne au sujet des maladies spécifiques n'enfante pas de soi le désordre pratique, et ne se retrouve pas dans toutes les délibérations et dans tous les conseils que suggère l'examen clinique de ces maladies ; » et il ajoute : « Au point de vue thérapeutique et au point de vue prophylactique, qui sont les points essentiellement pratiques, que d'assertions démenties, que d'illusions dangereuses, quelles recherches mal dirigées, quel tumulte de prétentions et d'affirmations contradictoires (2) ! » Ce désordre d'idées est bien réel ; il est incontestablement la cause de l'anarchie qui existe dans certaines parties de la médecine, et les paroles de l'éminent pathologiste que nous venons de citer s'appliquent exactement à l'état actuel de la thérapeutique en ce qui concerne le choléra. Dans quel autre point de la science, en effet, trouverait-on à un plus haut degré cet oubli des principes les plus élémentaires, uni à cet étalage bruyant d'opinions sans fondement, d'assertions paradoxales et d'hérésies thérapeutiques ? Le moment est venu de porter remède à un aussi regrettable état de choses, pour le présent en faisant rigoureuse justice des prétentions mal justifiées, pour l'avenir en apportant à l'éducation médicale une réforme à ce point devenue urgente qu'on peut, sans crainte, en affirmer l'avénement prochain. Plus heureuses que leurs devancières, les générations médicales qui passeront dans nos écoles y trouveront un enseignement vraiment digne du lieu où il se donne ; en même temps qu'elles y seront initiées à toutes les particularités de l'art, elles apprendront à connaître l'histoire de la science, et elles ne seront plus détournées de l'étude des hautes doctrines qui doivent être le fondement et la base de toute éducation médicale. On ne verra plus alors, pour des affections aussi

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 385.

(2) *De la spontanéité et de la spécificité dans les maladies.* Paris, Germer-Baillière, 1867.

graves que celle qui nous occupe, la thérapeutique demeurer sans guide et sans frein, et les travaux d'un grand nombre de médecins rester frappés d'une incurable stérilité.

C'est à peine, en effet, parmi ceux qui ont écrit spécialement sur le traitement du choléra, s'il en est quelques-uns dont la pensée s'est élevée des données acquises par l'observation de la maladie aux notions générales de la pathologie et de la thérapeutique, pour y chercher un guide et un soutien dans la difficile entreprise à laquelle ils s'étaient voués. Le plus ordinairement, c'est la considération exclusive de quelque phénomène dominant, tel que la déperdition intestinale de liquides, quelque rapprochement plus ou moins banal et superficiel avec une autre maladie, telle que la fièvre intermittente par exemple; certaine vertu plus ou moins hypothétique de quelque agent chimique ou médicamenteux, tel que l'arsenic, etc., qui servent de point de départ aux conceptions les plus étranges, et parfois aux convictions les plus ardentes comme les moins justifiées du thérapeutiste qui ne prend pas garde que la suppression de l'absorption, dans la période grave du choléra, frappe par avance toutes ses tentatives de nullité. Plus de trente années se sont écoulées pendant lesquelles le choléra a fait dans notre pays de nombreuses et cruelles apparitions, et cependant l'étrange illusion d'un grand nombre de médecins persiste toujours ! Chaque épidémie nouvelle fait surgir des médications souveraines, mais, par une inconcevable fatalité, aucune d'elles jusqu'à ce jour n'a pu triompher que dans les mains privilégiées de son inventeur, et à chaque nouvelle invasion les tableaux mortuaires montrent toujours une égale et à peu près invariable léthalité.

L'épidémie de 1866, il faut le reconnaître, a été moins féconde que les précédentes en médicaments et en médications, non pas que le découragement se soit emparé du plus grand nombre d'entre nous, mais parce qu'on commence à reconnaître qu'il est au moins inutile de suivre plus longtemps la voie dans laquelle on a cheminé jusqu'ici. C'est ainsi, par exemple, que la recherche d'un remède spécifique n'est plus guère poursuivie que par les rêveurs étrangers à la médecine qui n'ont sur les maladies en général, et sur le choléra en particulier, que des notions insuffisantes ou fausses. Comment, en effet, peut-on nourrir un semblable espoir alors qu'on a vu et compris une seule fois l'attaque cholérique? Ne sait-on pas, d'ailleurs, qu'il n'existe pas dans la nosologie entière une seule affection pour laquelle il y ait un spécifique capable de réprimer, séance tenante, une perturbation vitale et organique aussi violente que l'attaque

cholérique, et que le sulfate de quinine, par exemple, donné pendant le paroxysme de la fièvre paludéenne, reste sans action, montrant par ce fait seul l'inanité des tentatives dont il est question? Il faudrait, pour justifier la conception d'un remède spécifique en semblable circonstance, admettre 1° que la substance administrée pourrait être absorbée et transportée dans toute l'économie; 2° qu'elle aurait la propriété de détruire ou de neutraliser l'agent spécifique qui a donné lieu à la maladie. Or, ce sont là deux hypothèses dont l'une découle d'une connaissance incomplète du caractère de l'état morbide, et l'autre, d'une notion erronée du remède spécifique; car, en présence d'un sujet en proie au paroxysme cholérique, ce n'est plus le miasme producteur qu'il s'agit de détruire, mais bien les effets organiques et vitaux produits sur lui qu'il est urgent de combattre. « Quand l'économie est en souffrance, le miasme qui a causé la souffrance n'y est plus, c'est l'altération des humeurs et des tissus qui existe. Pour guérir alors, il ne s'agit pas, comme de fausses notions sur les miasmes le font dire, de détruire ou de neutraliser le miasme, puisqu'il n'est pas fixé dans l'économie à la manière d'un poison, mais il s'agit de ramener les humeurs à leur état normal par des moyens propres à faire cesser leur état d'altération, et non par ceux qui hâtent l'élimination des poisons (1). » On sait, d'ailleurs, qu'il n'existe pas de spécifique direct, le sulfate de quinine, lui-même, spécifique par excellence, n'agissant en aucune façon, est-il besoin de le redire, sur le miasme paludéen, mais bien sur l'innervation vaso-motrice, dont il rétablit l'équilibre normal, même en présence du miasme paludéen.

Mais alors même qu'on aurait à sa disposition un agent capable de modifier les troubles produits par le miasme cholérique, il resterait encore à trouver un moyen de le faire absorber en temps opportun, c'est-à-dire de le mettre en circulation dans le liquide sanguin, pour rendre possible son conflit avec l'appareil nerveux qu'on suppose atteint par le miasme cholérique. C'est dans ce but qu'après avoir constaté jusqu'à la dernière évidence l'inutilité de l'introduction des médicaments dans les voies digestives à une certaine période, on crut avoir triomphé de la difficulté en mettant en œuvre les injections médicamenteuses sous-cutanées; mais là encore la désillusion ne devait pas tarder à arriver, car il fut évident dès l'abord que les résultats obtenus par ce nouveau moyen n'étaient pas plus sa-

(1) Professeur Robin, *Gazette méd.*, 2 janvier 1861, et Chauffard, *loc. cit.*, p. 129.

tisfaisants que par le passé, et il fut possible, d'ailleurs, de reconnaître, maintes fois, après la mort, la substance médicamenteuse non altérée au lieu même où elle avait été déposée par l'injection. Si l'on en voulait une nouvelle et irrécusable démonstration, on la trouverait dans les dernières expériences faites à cet égard dans les hôpitaux, et notamment dans celles instituées à l'hôpital de la Charité par M. Isambert avec le curare, expériences établissant d'une manière définitive que le système capillaire sanguin est, dans le choléra, aussi impropre que l'appareil digestif à l'absorption des substances médicamenteuses. Notre distingué confrère avait été conduit à appliquer le curare au traitement du choléra, non pas empiriquement, mais en raison des idées récemment émises par M. Marey sur la physiologie pathologique du choléra, et relatives au rôle joué par le spasme des vaso-moteurs dans les phénomènes de l'algidité, de l'anémie, de la suppression biliaire, etc. Il voyait là l'indication du curare, à titre d'agent paralysant du système vaso-moteur (Cl. Bernard), et il se basait, d'autre part, sur les belles expériences cliniques de M. Aug. Voisin sur les épileptiques de Bicêtre, expériences montrant que le curare déterminait promptement une diurèse abondante, en même temps qu'il accroissait la puissance de calorification, produisait la sueur, etc. Dans l'application, M. Isambert prit pour règles les indications posologiques données par M. Voisin, et chez deux femmes atteintes de choléra de moyenne intensité, il administra, par la méthode hypodermique, à l'une $0^{gr},15$ de curare en cinq fois dans l'espace de trente heures, et à l'autre une première dose de $0^{gr},05$, et une seconde de $0^{gr},10$. « Dans l'un et dans l'autre cas, dit M. Isambert, il a été certain pour nous que le curare ne s'absorbait pas à la période algide ; aucun des phénomènes physiologiques mentionnés par M. Voisin ne s'est produit ; la température observée avec grand soin, d'heure en heure, par mon interne M. Savreux-Lachapelle, n'a présenté aucune variation ; il n'y a pas eu de diurèse [1]. » En présence de ces résultats négatifs constants, alors même qu'il ne s'agissait que de cas de moyenne intensité, M. Isambert s'est demandé si l'on ne pourrait pas essayer l'injection directe dans une veine, mais il ne s'est pas cru en droit d'assumer sur lui seul la responsabilité d'une semblable expérience, et l'on ne saurait assurément qu'approuver sa réserve. Avant d'avoir recours sur l'homme à une tentative de ce genre, il serait absolument indispensable de répéter pour les injec-

---

[1] Voir *Union médicale*, 20 oct. 186.

tions veineuses de curare ou d'une autre substance quelconque les expériences consciencieuses et multipliées instituées par MM. Voisin et Liouville avant de pratiquer l'injection chez les épileptiques.

Nous ajouterons que ces expériences devraient être faites sur de grands animaux, et nous formulons le vœu que l'un des savants médecins qui consacrent leur vie aux recherches de physiologie expérimentale veuille bien tourner un instant ses regards vers les applications actuelles de cette science à la thérapeutique humaine, et vienne fournir à la pratique une base dont elle ne saurait se passer. Disons en outre que, bien qu'incomplètes encore dans leurs résultats, les belles expériences entreprises sur l'homme par M. Auguste Voisin doivent être formellement encouragées, car on est obligé de reconnaître avec ce médecin distingué que la production de la fièvre d'emblée et à volonté, sous l'influence de la médication curarique, constitue un phénomène de la plus haute importance, et que les conséquences des résultats déjà obtenus « doivent paraître immenses à quiconque sait l'influence de la connaissance des conditions étiologiques et pathogéniques sur les succès de la thérapeutique [1]. » Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de la science, il est permis de songer à l'introduction directe des substances médicamenteuses dans les vaisseaux d'un certain calibre, dans des conditions qu'il y aura lieu de déterminer après expérimentation préalable sur les grands animaux.

Avant de songer à tous ces moyens, l'idée de la transfusion du sang s'était présentée à l'esprit de quelques médecins, et elle fut mise en pratique à Berlin, le 16 octobre 1831, par Dieffenbach et par M. Scoutetten ; les résultats furent fâcheux, et l'on cessa immédiatement l'expérimentation [2]. A Paris, en 1849, M. Briquet injecta dans les veines de quelques cholériques, non plus du sang, mais un liquide salin ; mais, comme pour la transfusion, les premiers résultats ne furent pas heureux, et l'expérience fut promptement suspendue. Dans la séance de l'Académie de médecine du 7 août 1866, un des plus éminents représentants de la médecine des départements, M. le docteur Colson, de Beauvais, lut quelques observations de malades atteints de choléra à la dernière période,

---

(1) A. Voisin et H. Liouville, *Etudes sur le curare. Gaz. hebdomad.*, 1866, nos 32 et 37.

(2) *Idem*, n° 35, p. 553. Réclamation de M. Scoutetten.

auxquels il avait pratiqué des injections veineuses avec le liquide suivant :

Eau distillée	1,250	grammes.
Muriate de soude	12	—
Lactate de soude	8	—
Phosphate de soude	3	—

Le résultat définitif de ces expériences ne semblait pas satisfaisant, puisque tous les malades succombèrent ; mais les effets immédiats produits par l'injection, notamment sur l'état asphyxique, parurent, à juste titre, assez encourageants à M. Colson pour qu'il crût devoir publier immédiatement ses expériences et engager ses confrères à les répéter. En même temps, au mois de juillet de cette année, MM. Hérard et Hénocque pratiquaient des injections analogues à l'hôpital Lariboisière, dans quatre cas extrêmes et désespérés. La première injection a été faite avec un liquide composée de :

Chlorure de sodium	4	grammes.
Eau distillée	1,000	—

Les autres avec le liquide suivant :

Eau distillée	1,000	grammes.
Chlorure de sodium	4gr,50	
Phosphate de soude	1 ,25	
Chlorure de potassium	0 ,25	
Carbonate de soude	0 ,50	

Voici le résumé de ces expériences : dans un premier cas, soixante grammes seulement de liquide furent introduits ; le malade survécut trois jours, sans qu'aucun symptôme spécial ait été noté. — Dans un deuxième, 180 grammes furent introduits en une demi-heure : le malade a semblé se réveiller ; il a parlé, a demandé où il était ; les yeux sont redevenus humides ; la température à l'aisselle s'éleva de près d'un degré ; mais le malade ne tarda pas à retomber dans la somnolence, et il mourut deux heures après l'injection. — Une troisième fois, 1100 grammes de liquide ont été injectés en une heure ; le malade a pu parler, refuser de donner une signature qu'on lui demandait ; les lèvres avaient perdu leur teinte violacée ; les yeux étaient humides ; la chaleur était revenue à la peau, intense, brûlante ; le malade se sentait très-soulagé ; la soif avait cessé ; le visage et la poitrine étaient couverts de sueur ; mais, peu à peu, il retomba dans la somnolence et mourut quatre heures après l'injection, sans avoir présenté d'autre phénomène.

— Une quatrième fois, 800 grammes ont été injectés chez un malade agonisant ; la chaleur sembla revenir ; le malade put parler (se confesser, au rapport de l'aumônier), et mourut dans une période de somnolence pendant laquelle on pouvait encore attirer son attention en lui parlant ; les paupières avaient perdu leur rigidité et le malade les remuait. Enfin, quelques résultats heureux ont déjà été obtenus, et l'une des observations où la guérison a été constatée a été publiée dans ce journal [1]. Dans un des autres faits recueillis à London Hospice, il survint pendant l'injection, au moment où 225 grammes de la solution avaient déjà été injectés, des convulsions épileptiformes qui firent arrêter l'opération, et le malade succomba cinq heures après ; mais ce que l'on eut soin avec grande raison de rechercher et de noter dans l'autopsie, c'est qu'il n'existait aucune lésion pouvant être rapportée à l'injection.

En ce moment, d'ailleurs, l'attention semble se réveiller sur ce sujet, et la question des injections veineuses va entrer dans une nouvelle phase que nous tiendrons à honneur d'avoir été un des premiers à signaler. On peut lire, dans la *Gazette hebdomadaire* du 23 novembre 1866, le commencement d'un travail extrêmement remarquable sur les injections veineuses en général, et sur ces injections appliquées au traitement du choléra, en particulier, travail qui montrera combien est profonde l'ignorance générale sur l'un des sujets les plus importants de la médecine [2]. On peut voir enfin, dans l'*Union médicale* du 24 novembre, la relation d'un nouveau cas de guérison du choléra par une injection veineuse. Il y a un mois, à l'hôpital Saint-Antoine, chez un sujet agonisant, M. Lorain, « après avoir demandé aux assistants s'il pouvait, sans inquiéter sa conscience, tenter sur ce moribond quelque chose d'inusité, et en avoir reçu l'unanime autorisation, injecta dans les veines 400 grammes d'eau à 40 degrés centigrades. La température du malade se releva rapidement ; les vomissements qui avaient cessé reparurent quelques heures après ; la réaction les suivit, et la convalescence s'établit promptement. Le malade est guéri et en parfaite santé, montrant à qui veut le voir le bras où a été faite l'injection qui l'a sauvé. »

---

[1] *Bulletin général de Thérapeutique*, 30 oct. 1866, p. 375. Nous n'avons pas voulu reproduire ici cette observation déjà imprimée dans le *Bulletin*, mais le lecteur qui voudra être complétement éclairé devra s'y reporter.

[2] *Revue sur le traitement du choléra par les injections veineuses*, traduit de l'anglais (*Medical Press and circular*) et annoté par A. Hénocque.

De ces diverses expériences, il résulte manifestement que les injections pratiquées dans les veines pendant le choléra paraissent être en général sans danger immédiat et ne compromettent pas nécessairement l'existence, puisqu'un malade à qui on avait injecté UN LITRE ET DEMI de solution saline a rapidement guéri. Il paraît, en outre, évident que, dans certaines circonstances, et notamment dans les faits de MM. Colson et Hérard, bien que les résultats définitifs aient été nuls, l'injection a produit une amélioration momentanée, qu'elle a peut-être reculé l'heure de la mort et produit une sorte de vie artificielle assez active pour permettre aux patients de manifester leurs volontés dernières ou d'accomplir un devoir religieux. Nous ne voudrions en aucune façon nous exagérer la valeur de ces résultats, ni les présenter sous de trop séduisantes couleurs; mais tout observateur consciencieux qui voudra prendre la peine de se rendre compte des faits sans se borner à la conclusion conviendra certainement qu'il y a là une voie nouvelle, incomplétement explorée, et dans laquelle on pourrait faire légitimement quelques tentatives. Mais, ici encore, de même que pour les injections médicamenteuses proprement dites, nous faisons appel aux médecins physiologistes, dont quelques-uns pourraient facilement, sur de grands animaux, rechercher quel est pour ces injections le liquide le plus convenable, la quantité qui peut en être introduite sans danger dans les voies circulatoires, le meilleur et le plus simple procédé d'application, etc., etc. Il y a là certainement toute une moisson de faits importants et nouveaux à recueillir, et nous voulons espérer qu'elle tentera quelqu'un.

Il est un autre mode d'action que l'analyse comparative et l'observation attentive des phénomènes de la période cyanique devaient conduire à employer : nous voulons parler de l'*hydrothérapie*, dont tout le monde connaît l'action puissante, mais que bien peu emploient ou savent employer [1]. Quelques essais isolés ont été tentés, mais toujours partiellement, et souvent avec une réserve et

---

[1] Je considère comme un devoir de signaler ici une des lacunes actuelles de l'enseignement pratique de la médecine, et je suis sûr de ne pas être démenti en disant que la presque totalité des élèves, à la fin des études, ignore absolument tout ce qui concerne l'hydrothérapie et même la balnéothérapie; on comprendra facilement l'influence produite par cette situation sur la pratique générale. L'administration de l'Assistance publique a créé à Saint-Louis un bel établissement hydrothérapique qui serait suffisant pour servir de base à un enseignement clinique dont le succès serait certain, et qui serait digne d'attirer l'attention des médecins distingués de cet hôpital.

une timidité excessives, à tel point qu'on pourrait dire des affusions froides appliquées au traitement du choléra ce que Bateman en disait à propos de la scarlatine : « Il est très-malheureux que quelques praticiens veuillent encore regarder cette pratique comme un essai [1]... » Voici quelques données qui seront, nous l'espérons, jugées de nature à modifier la manière générale de voir à cet égard, et qui, en fournissant les indications nécessaires à son application, permettront à un assez grand nombre d'observateurs de mettre ce moyen en pratique et de se former, par eux-mêmes, une opinion à cet égard.

Dans ses *Études sur le choléra observé à Smyrne*, M. Burguières s'exprimait ainsi : « J'insisterai particulièrement sur le traitement hydrothérapique qui m'a donné des résultats très-remarquables, surtout au point de vue de la physiologie pathologique. Dépouillés de tout vêtement, les malades étaient enveloppés dans un drap trempé dans de l'eau de puits et recouverts ensuite de couvertures de laine ; ils étaient ainsi laissés *deux heures*, pendant lesquelles on leur donnait à boire, tous les quarts d'heure, une tasse d'eau fraîche. Dans tous les cas, quel que fût le degré de l'état algide, à peine une demi-heure s'était-elle écoulée que la chaleur se rétablissait ; *on réappliquait alors le drap mouillé*, dont on répétait l'emploi deux ou trois fois. Sur six malades arrivés à la période de cyanose, quatre ont guéri, deux ont succombé. Je dois dire que ces deux derniers étaient déjà presque des cadavres, et cependant, chez eux comme chez les autres, la réaction s'est franchement opérée [2]. »

Cette année, à l'hôpital Necker, un éminent clinicien, M. Bouley, a soumis douze malades, sur cinquante-quatre qui ont été placés dans son service, au traitement hydrothérapique (affusions froides dans une baignoire) ; de ces douze malades, sept ont guéri, cinq ont succombé (il s'agit de cas graves, bien entendu). Ces résultats, à ne les envisager que sous ce point de vue, prouvent au moins que le moyen est inoffensif, puisque, pour cette catégorie de malades, le chiffre de la mortalité est resté au-dessous de la moyenne commune; mais, ainsi que nous l'avons dit ailleurs [3],

---

[1] Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. de Bertrand, p. 118-119. Paris, 1820. *Cit.* Fleury.

[2] Paris, 1849 ; in-8°, p. 82-83. Cit. Fleury, *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie*, 3e édit. Paris, 1866, p. 44.

[3] *Union médicale*, 20 oct. 1866.

l'expérience est numériquement insuffisante pour les faits de l'hôpital Necker; l'application de l'eau froide a été restreinte dans des limites assurément trop étroites, et le procédé d'application ne nous semble pas être celui que l'on doit adopter. Chargé cette année même, pendant quelques jours, du service des cholériques de l'hôpital Saint-Louis, j'ai soumis onze malades atteints de choléra confirmé, dont huit très-gravement, et à une période avancée, à l'enveloppement dans un drap mouillé, et j'ai constamment obtenu, à l'aide de ce moyen, un soulagement dans le malaise et l'anxiété générales; en outre, la plupart des malades, enveloppés au sortir du drap mouillé dans une couverture de laine chauffée n'ont pas tardé à se réchauffer, et chez ceux qui ont pu conserver l'amélioration produite, la rapidité de l'amélioration a été extrême, bien que quelques-uns n'aient eu pour toute médication interne que de l'eau de Seltz mêlée avec du sirop de gomme. J'ignorais, au moment où j'ai fait ces quelques tentatives, le procédé employé par M. Burguières, et dont j'ai trouvé seulement plus tard l'indication dans le magnifique ouvrage de M. L. Fleury; je le regrette, car il est évidemment préférable aux affusions qui ont été employées à l'hôpital Necker et au procédé que j'ai mis en usage; et je me ferai un devoir, si l'occasion échoit, de suivre exactement sa formule.

Ainsi que l'indiquait le titre de ce chapitre, nous avons eu seulement pour but, en le rédigeant, de jeter un coup d'œil rapide sur l'état actuel de la thérapeutique dans ses rapports avec le choléra, et après avoir rappelé qu'aucune des médications proposées jusqu'alors ne s'imposait par des résultats évidents, nous avons essayé d'établir que la voie généralement suivie à cet égard était mauvaise et devait être abandonnée.

Il est trop certain, en effet, que tout ou presque tout est à refaire dans un autre sens et surtout sur une autre base : il n'existe pas et il ne saurait peut-être jamais exister de médication anticholérique, à proprement parler, pas plus qu'il n'existe une médication antivariolique; mais, quoique violente, l'attaque cholérique est essentiellement transitoire, et il ne serait peut-être pas impossible d'arriver à maintenir, pendant sa durée, la résistance vitale à un degré suffisant, puisque cette résistance existe quelquefois de la manière la plus spontanée. « J'ai vu, dit M. Scoutetten, le Bédouin abandonné dans sa tente, n'ayant qu'un peu d'eau à boire, et guérir parfaitement; il en a été de même pour des centaines de soldats sur-

---

(1) Scoutetten, *Gaz. hebd.*, loc. cit.

veillés par quelques infirmiers, en Crimée et à Constantinople. » Un grand nombre de praticiens de notre pays pourraient, j'en ai la conviction, rapporter des faits analogues, et citer aussi tel paysan qui a refusé tout traitement, n'a bu que de l'eau glacée, et n'en a pas moins guéri. Ces faits, assurément, n'ont pas une autre signification que celle que nous leur demandons, c'est-à-dire de prouver la *possibilité* de la guérison spontanée, même dans les cas les plus graves, et nous sommes fort éloigné de conclure de leur examen que toute médication est inutile, car il nous paraît, au contraire, évident qu'il est toute une série de moyens, même en apparence très-divers, qui, en suscitant par des voies diverses la résistance vitale, sont de nature à restreindre le chiffre des victimes. Mais, on le sait trop, la plupart des moyens employés pour exciter l'organisme sidéré, ou manquent le but, ou le dépassent infailliblement, et c'est pour cette raison que nous avons été amené à dire que presque tout sur ce point était à refaire. Il aurait donc été parfaitement inutile de faire une revue rétrospective des médicaments et des médications usités, tous étant, en dernier analyse, à peu près également bons, ou également insuffisants et dangereux; aussi nous sommes-nous borné à convier les praticiens dans une voie nouvelle, en nous servant, à titre d'exemple seulement, des injections veineuses et de l'hydrothérapie; les injections permettant l'introduction directe dans le système circulatoire de l'eau, simple ou chargée de substances médicamenteuses; l'hydrothérapie fournissant les moyens d'obtenir une réaction exempte des accidents que déterminent à peu près irrévocablement, quand l'absorption se rétablit, les médications excitantes quelles qu'elles soient.

Des indications de l'emploi de la diète lactée dans le traitement des maladies (¹);

Par M. Pécholier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Pour bien poser les indications de la diète lactée, il faut tenir compte de plusieurs données qui sont : 1° les qualités du lait; 2° la nature de la maladie; 3° les prédispositions individuelles; 4° la manière de régler le régime.

A. *Qualités du lait.* — Les différents laits, depuis celui de femme jusqu'à celui des femelles animales qui est employé pour nos besoins domestiques, présentent entre eux de grandes dissemblances

(¹) Résumé d'un travail qui vient d'être publié dans le *Montpellier médical*.

sur lesquelles l'analyse chimique fournit de précieux renseignements. Celle-ci démontre que dans les divers laits généralement usités, il y a de notables différences dans la proportion relative du caséum, du beurre, du sucre et du sérum. Or, l'expérience sur l'homme à l'état physiologique confirme pleinement ces divergences, et l'on voit tous les jours des estomacs digérer parfaitement tel ou tel lait et ne pas digérer tel ou tel autre. Il y a donc à faire une étude très-considérable, qui est déjà commencée, mais qui est loin d'avoir été menée à bonne fin, pour déterminer quel lait convient spécialement aux diverses maladies où la diète blanche est de mise. Le lait de vache, qui s'écarte notablement du lait de femme, n'est probablement pas le lait médicinal par excellence. Ce rôle serait peut-être mieux rempli par le lait d'ânesse, si ce n'était la difficulté de s'en procurer facilement toujours de notables quantités, si ce n'étaient aussi les répugnances instinctives de bien des sujets. On croit beaucoup faire aujourd'hui en donnant aux malades une ou deux tasses de lait d'ânesse; qu'il y a loin de là à faire du lait d'ânesse la nourriture et la boisson exclusives d'un individu !

Nous avons presque toujours expérimenté avec du lait de vache, parce que, somme toute, c'est celui que l'on peut le plus facilement se procurer, et qu'il est bu par la plupart des sujets avec plus de plaisir que tout autre. D'ailleurs, quand on prend la précaution d'ajouter au lait de vache un tiers de son poids d'eau, il est d'habitude plus facilement digéré par l'estomac humain.

Un point indispensable du mode de traitement qui nous occupe, c'est le choix du lait de vache. Ce dernier est susceptible des plus grandes variations, suivant l'époque où la vache a mis bas, la manière dont elle est logée, nourrie, etc.

Tout d'abord, le médecin doit recommander au malade de s'assurer autant que possible d'avoir du lait de la même vache, et d'une vache bien portante. Il est nécessaire que ce lait ne soit pas trop jeune, ni surtout trop vieux, et que l'animal se trouve dans de bonnes conditions d'alimentation et de logement. Le lait consommé dans nos villes provient trop souvent de vaches qui ne quittent pas des étables puantes et encombrées. Leur nourriture toute spéciale augmente la quantité du lait aux dépens de la qualité. Le produit de tels animaux, qui meurent fréquemment phthisiques, est de qualité très-inférieure et explique nombre de fois l'insuccès de la diète blanche. Combien est préférable le lait des vaches nourries en liberté dans de gras pâturages, le lait des vaches normandes ou de celles des Cévennes! Il y a un grand avantage à ce que le

malade soumis au régime lacté aille habiter la campagne dans un lieu où il puisse se procurer facilement du lait irréprochable.

B. *Nature de la maladie.* — La diète lactée suivie avec du bon lait de vache, et telle que nous l'avons d'ordinaire réglée chez les malades dont nous avons rapporté les observations, agit surtout de deux manières :

1° *Par le lait*, cet aliment doux, tempérant, sédatif, qui se digère et s'absorbe d'habitude si facilement, qui contient tous les matériaux nécessaires à l'entretien, à la réparation de nos tissus, et qui, par la prolongation de son action sédative et monotone, devient un puissant modificateur du tube digestif, du système nerveux et du sang lui-même.

2° *Par le régime.* — Chez la plupart des sujets soumis au régime absolu du lait, la gourmandise, ce grand ennemi de notre estomac et de notre santé, qui porte la plupart des hommes à ingérer beaucoup trop d'aliments, ne trouve qu'une très-médiocre satisfaction. D'ailleurs, nous avons toujours recommandé à nos malades, surtout au début du traitement, de ne prendre que des quantités de lait très-modérées. Ainsi, la proportion des aliments ingérés devient beaucoup moindre que par le passé. De là, la prédominance de la résorption sur l'exhalation et la rentrée dans les voies circulatoires et dans les voies excrétoires du surcroît des molécules accumulées sur tel ou tel organe ou vicieusement organisées. De là, de puissants effets altérants. Aussi le régime lacté conviendra-t-il surtout dans les maladies qui consistent en des lésions de la nutrition, lorsque celles-ci coexistent avec un état sthénique de l'ensemble des fonctions de l'organisme et du mode d'être de la vie.

Mais si l'on veut apprécier les résultats de la diète blanche, il ne faut pas s'arrêter à ces généralités. On doit entrer dans le détail des principales maladies où elle est employée, pour chercher quelle est son action spéciale dans tel ou tel cas, ses indications et ses contre-indications.

1° Dans l'*hypertrophie active* du cœur, il existe une grande tension dans les vaisseaux sanguins, une forte injection des capillaires, une sorte de pléthore, des menaces incessantes de congestion et d'hémorrhagies sur les différents organes. Aux saignées répétées de Valsalva et de Laennec, nous préférons de beaucoup, en ce cas, la diète lactée. Celle-ci, dont les effets ultérieurs peuvent être aidés ou non par la digitale, amène une réduction dans la quantité et la plasticité du sang, diminue la tension artérielle, et par là met un

frein aux menaces de congestion et d'hémorrhagies. Le malade éprouve un calme et un bien-être qui dépassent toutes ses espérances. Si même il persévère longtemps (ce qui, par malheur, est assez rare) et que la lésion ne soit pas trop considérable, on voit lentement se produire une résorption du tissu musculaire du cœur surabondant, et, par conséquent, une guérison graduelle s'effectuer.

Nous n'avons pas de faits qui démontrent l'action directe de la diète blanche sur d'autres maladies du cœur. Dans ces dernières, lorsque nous avons constaté un succès remarquable du lait, c'est que celui-ci s'en prenait directement à l'hydropisie, conséquence de la lésion organique et cause à son tour de nouveaux accidents.

2° L'*hydropisie*, quels que soient sa forme, son siége et sa cause, trouve souvent dans le régime lacté un énergique remède. Impuissant d'ordinaire contre la cause de la maladie, le lait attaque directement l'hydropisie elle-même. Ainsi nous avons cité, comme ayant été guéries ou améliorées par le régime lacté, des ascites dépendant d'une lésion des organes enfouis dans les hypochondres, des anasarques subordonnées à des lésions du cœur ou à des maladies de Bright.

Comment agit le lait contre l'hydropisie? Nous ne nions pas qu'il n'exerce, soit par ses sels neutres, soit de toute autre manière, des effets diurétiques susceptibles de contribuer à la résorption de l'hydropisie; mais nous pensons que là n'est pas tout son effet, que là même n'est pas son principal effet, et qu'il faut surtout invoquer un changement dans le mode d'être de l'exhalation. Celui-ci, fréquemment devenu vicieux chez les hydropiques, est, par notre moyen thérapeutique, heureusement modifié. Ce qui confirme tout d'abord cette assertion, c'est que sous l'influence de la diète lactée on voit non-seulement la disparition d'une hydropisie déjà existante, mais encore un retard plus ou moins prolongé et quelquefois définitif dans le retour des accidents.

3° La *diarrhée*, et surtout la diarrhée tendant à la chronicité, trouve fréquemment dans la diète lactée un puissant remède. C'est d'abord contre la diarrhée des enfants due à une entéro-colite et subordonnée à un sevrage prématuré ou au travail de la dentition, que nous l'avons employé, et que nous avons justifié son emploi. La forme d'entéro-colite nommée par certains auteurs *cholera infantilis*, et qui présente tant de gravité, cède aussi à ce moyen, en prenant, bien entendu, des précautions particulières. Or, les circonstances qui motivent l'emploi de la diète lactée dans

la diarrhée des enfants, nous éclairent sur celles qui indiquent chez l'adulte le même remède contre la même maladie. C'est dans les diarrhées liées à une irritation gastro-intestinale que le régime lacté réussira, tandis qu'il est impuissant et même dangereux contre les diarrhées saburrales et par atonie. Le lait offre alors le double avantage d'être un topique tempérant et adoucissant pour les muqueuses irritées, et de fournir une alimentation suffisante, facilement assimilable, et qui, par conséquent, ne fatigue pas le tube digestif.

4° La diète lactée est encore utile contre plusieurs autres maladies. Ainsi, nous avons retracé un fait de dysenterie et un fait de rétrécissement du pylore où elle a produit de remarquables effets. Enfin, le moyen qui nous occupe est, à nos yeux, le plus puissant de tous les altérants, bien préférable, sans controdit, à la diète sèche, à la diète végétale ou à la cure de raisin. C'est à ce titre que le lait peut être employé contre la phthisie pulmonaire, le cancer, la goutte, l'obésité, l'épilepsie, la manie, etc. Mais nous nous sommes, sur ces derniers points, contenté de signaler les résultats de l'expérience d'autrui, sans rapporter des faits susceptibles de la confirmer ou de la repousser.

C. *Prédispositions individuelles.* — En général, avons-nous dit, la diète lactée convient dans l'état sthénique de l'organisme et ne convient pas dans l'état asthénique. Mais il se présente de nombreuses exceptions, relatives surtout au tempérament et à l'idiosyncrasie de chaque sujet. Il en est qui ont pour cet aliment une aversion presque insurmontable, d'autres qui le boivent avec plaisir, mais ne peuvent le digérer. De là, des contre-indications parfois formelles. Cependant ces dégoûts du palais, ces répugnances de l'estomac n'apportent pas toujours des obstacles que l'on ne puisse lever. Tel détestait le lait, tel autre ne le digérait pas, qui le boiront sans peine et le digéreront bien s'il est pris comme nourriture exclusive et à de très-faibles doses en commençant. La faim, qui, comme on l'a dit, est une terrible conseillère, est aussi une puissante cause de faciles digestions.

D. *Manière de régler le régime lacté.* — Là est, ainsi que nous l'avons prouvé dans le courant de ce travail, le point fondamental de la réussite ou de l'insuccès du traitement. Si la plupart des médecins ne retirent pas du régime lacté tous les bons effets que celui-ci peut donner, et si, par conséquent, ce moyen thérapeutique n'est pas plus universellement répandu, c'est parce qu'on n'emploie pas une diète assez sévère, c'est qu'on ne persuade pas suffisam-

ment les malades de l'obligation où ils sont de passer sur quelques premiers ennuis ou quelques premiers dégoûts, avant-coureurs des résultats les plus souhaitables.

Pour nous, la condition indispensable du succès de la diète lactée, c'est, *au moins à son début, la suspension absolue de tout autre aliment et de toute autre boisson*. Il faut, dirons-nous avec Sydenham, ne pas s'écarter de ce régime de la largeur de l'ongle. Il faut aussi commencer par ne donner au malade que des *quantités relativement peu considérables de lait, et n'arriver que graduellement à des doses plus considérables*.

Voici quelle a été d'une manière générale et, à part de rares exceptions, notre manière d'instituer le régime lacté : Prendre chaque deux heures une tasse à café de lait coupé avec un tiers d'eau. Augmenter dès le lendemain graduellement la quantité de lait, si celui-ci est bien supporté ; en arriver ainsi à deux et trois litres par jour et même davantage selon les cas. Quand les bons effets du régime sont en grande partie obtenus, on permet d'ajouter un peu de pain dans le lait. La proportion de pain est peu à peu accrue. Enfin arrive le moment de joindre à cette alimentation des mets légers (par exemple des huîtres), puis des mets plus substantiels. On revient ainsi au régime ordinaire.

La diète blanche entraînant d'habitude la constipation, il faut remédier à cet accident par des laxatifs ou de simples lavements.

Le lait cru, tiède ou froid, se digère d'habitude beaucoup mieux que le lait bouilli ; cependant on rencontre le contraire dans certaines idiosyncrasies.

La digestion du lait est favorisée par plusieurs moyens. Le plus souvent nous avons vu que l'eau de chaux le faisait beaucoup mieux supporter par l'estomac. Le bicarbonate de soude, la magnésie et tous les alcalins peuvent rendre le même service. Cependant il existe certains individus, bien moins nombreux il est vrai, chez lesquels, au lieu des alcalins, il faut employer les acides. Dans d'autres cas, on doit recourir à des amers en très-petite quantité, ou même à quelques gouttes de bon rhum. Ce sont là des nuances que l'expérience fait découvrir dans chaque cas particulier.

Enfin, répétons-le, peut-être à satiété, le point le plus difficile à obtenir, c'est la persévérance du malade dans un régime monotone et ennuyeux, qui a contre lui une des passions les plus communes et les plus enracinées du cœur de l'homme : la gourmandise. En inspirant au malade une grande confiance dans le remède prescrit, le médecin obtiendra d'ordinaire une persévérance que ne lasseront

ni quelques ennuis, ni l'insuccès de quelques jours. Mais pour inspirer à autrui une pareille foi, il faut la posséder soi-même. Elle ne manquera pas assurément au médecin qui essayera avec prudence et sagesse la diète lactée dans des cas convenables. L'expérience parle ici avec tant de clarté, que ceux-là seuls demeureront incrédules qui n'auront pas voulu y voir !

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des grossesses compliquées et de leur traitement (1);

Par M. le docteur Guéniot, chirurgien des hôpitaux.

§ IV. *Diagnostic.* — Il est assez communément facile de reconnaître l'existence des grossesses compliquées; quelquefois même on peut, sans effort, apprécier avec une certaine rigueur les circonstances qui intéressent le plus l'accoucheur, c'est-à-dire le siége, le volume, la consistance, le degré de fixité et la nature des tumeurs, en même temps que les caractères physiques du col utérin, l'état de vie ou de mort du fœtus, sa situation dans la matrice, etc. Mais ce serait une erreur de croire qu'il en est toujours ainsi; car, à côté de ces cas simples, il en est d'autres qui présentent les plus grandes difficultés diagnostiques et donnent lieu parfois aux plus singulières surprises chirurgicales.

Tantôt, en effet, c'est la grossesse qui se dissimule et reste ignorée jusqu'à ce qu'une opération curative de la tumeur en révèle inopinément l'existence ; tantôt, au contraire, c'est la tumeur qui reste méconnue et ne se décèle qu'au moment où le chirurgien intervient pour terminer un accouchement laborieux. Pour donner un aperçu des causes d'erreur les plus communes, il me suffira de citer les faits suivants :

Obs. V. *Tumeur fibreuse de l'utérus prise, après l'accouchement, pour un second fœtus.* — Le 2 août 1864, une femme de quarante et un ans, qui avait eu huit grossesses, dont trois terminées par l'avortement et les autres à terme, se présenta à la Clinique avec son dernier enfant, âgé de vingt-deux jours, à l'effet d'être délivrée d'un second enfant que son médecin n'était point parvenu à extraire de la matrice. Cette dernière était, en effet, volumineuse et remontait jusqu'à cinq travers de doigts au-dessus

(1) Suite et fin, voir la livraison du 30 octobre, p. 366.

de l'ombilic, comme on l'observe dans une grossesse de huit mois. Mais ce développement exagéré n'était dû qu'à la présence d'une énorme tumeur, de consistance ferme, à surface inégale et comme mamelonnée, dont les divers caractères, en un mot, étaient ceux des corps fibreux de l'utérus. L'auscultation de l'abdomen ne révélait aucun bruit; et, par le toucher vaginal, on ne percevait avec le segment inférieur de la matrice que des parties dures et lobulées, dépendantes de la tumeur principale. Il existait en même temps un état fébrile prononcé et de la douleur à la palpation du ventre; un léger écoulement teinté de rouge s'observait encore du côté du vagin, etc. Voici en deux mots ce qui avait eu lieu :

L'accouchement s'était effectué spontanément après huit heures de travail; mais la délivrance étant faite et l'utérus restant très-volumineux, le médecin qui assistait la patiente crut qu'il s'agissait d'un accouchement gémellaire et que le second fœtus demeurait greffé dans la matrice. Après donc quelques heures d'attente, pendant lesquelles les contractions utérines restèrent sans résultat, il fut prescrit à la femme de marcher, afin de surexciter un travail trop languissant. Ce dangereux exercice fut répété pendant huit jours consécutifs, mais, on le pense bien, avec un insuccès constant. La patiente était en même temps soumise à l'usage du seigle ergoté qui, toutefois, ne fut continué que pendant deux ou trois jours. Enfin, après quelque temps de repos, le médecin fit une dernière et décisive tentative, destinée soit à extraire le prétendu fœtus, soit à éclairer définitivement le diagnostic; je veux parler de l'introduction entière de la main dans les voies génitales... C'est après avoir éprouvé de vives souffrances à la suite de cette exploration que la malade se décida à entrer à l'hôpital dans les conditions présignalées.

Grâce au repos et à l'emploi de quelques topiques émollients sur le ventre, cette femme revint bientôt à un état satisfaisant de santé générale, état qui s'affermit de plus en plus, les jours suivants, par l'usage des toniques. Quant à la tumeur, elle me parut diminuer assez promptement de volume, sans que je puisse toutefois affirmer que cet effet n'était pas dû au retrait progressif de l'utérus. Toujours est-il que le 30 août, jour où s'arrêtent mes notes, son niveau supérieur ne dépassait plus l'ombilic que de deux centimètres.

Cette observation, assurément très-instructive, n'a pas besoin de commentaire. L'erreur grossière qui s'y trouve consignée ne saurait être imputable qu'au médecin dont l'inexpérience est ici flagrante. Je n'y insisterai pas.

Mais il est des cas où la science la plus consommée, jointe à la plus grande prudence, peut elle-même se trouver en défaut. Tel est, par exemple, celui de l'*observation I*, où l'on voit qu'une insertion vicieuse du placenta n'eût pas permis de rechercher l'existence d'une tumeur utérine située au-dessus du col. Aussi le corps fibreux,

jusque-là non soupçonné, ne fut-il découvert que pendant les manœuvres d'une version laborieuse.

D'autres fois, la date ancienne des tumeurs, leurs caractères bien tranchés et plusieurs fois constatés par le chirurgien, la tendance pour celui-ci de rapporter à l'état morbide préexistant certains phénomènes de grossesse commençante, enfin une exploration incomplète ou l'omission d'un examen qu'il eût été nécessaire de renouveler, toutes ces circonstances, jointes aux difficultés parfois excessives du diagnostic, constituent autant de causes qui font méconnaître la coïncidence avec les tumeurs d'un état de gestation plus ou moins avancée. L'observation suivante, que j'emprunte à la *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 663, et dans laquelle on voit la grossesse n'être reconnue que pendant une opération d'ovariotomie, appartient sans doute à cet ordre de faits.

Obs. VI. Le 14 août 1865, une femme de vingt-quatre ans fut opérée par le docteur Spencer Wells d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Après l'ablation du kyste, le chirurgien trouva une seconde tumeur qui paraissait formée par l'ovaire du côté opposé. Cette tumeur fut ponctionnée; mais il n'en sortit qu'un liquide limpide et l'on s'aperçut qu'elle était constituée par l'utérus gravide. Sous l'effort des contractions, celui-ci se déchira au niveau de la ponction dans une longueur de quatre pouces. L'opérateur put ainsi extraire, d'une façon bien inattendue, un fœtus d'environ cinq mois. Malgré cette double opération, la malade se rétablit, et, trente-trois jours après, elle fut jugée en état de prendre le chemin de fer pour retourner dans sa famille.

M. Spencer Wells ajoute, d'ailleurs, que des erreurs semblables ont été commises par divers chirurgiens, et il cite quatre observations recueillies dans les mêmes circonstances.

De tels exemples parlent assez d'eux-mêmes et suffisent à montrer combien il est indispensable d'apporter, dans le diagnostic des grossesses compliquées, toute l'attention, toute la science, la sagacité et la prudence que requièrent les cas les plus difficiles de la pratique. Aussi, pour éviter autant que possible des méprises de ce genre, est-il impérieusement commandé de ne jamais omettre, dans l'examen des malades, aucun des procédés d'investigation dont l'art dispose ; c'est-à-dire que l'on doit interroger les femmes avec le plus grand soin, palper et ausculter l'abdomen dans tous ses points, pratiquer le toucher par le vagin et le rectum, sonder la vessie, inspecter enfin les diverses régions ou les organes que la vue peut atteindre. C'est à cette seule condition qu'il est permis de formuler, avec connaissance de cause, un diagnostic plus ou moins précis, et, en tout cas, sérieusement motivé.

Comme on a déjà dû le pressentir, le diagnostic des grossesses compliquées se compose nécessairement de trois éléments, c'est-à-dire du diagnostic de la grossesse, du diagnostic de la tumeur et du diagnostic des influences que la grossesse et la tumeur exercent réciproquement l'une sur l'autre. Traiter ici de chacun d'eux avec détail serait assurément déplacé. Mais peut-être n'eût-il pas été hors de propos d'en indiquer les points essentiels. Quoi qu'il en soit, le défaut d'espace m'oblige à supprimer cette partie du présent paragraphe, ainsi que tout ce qui est relatif au pronostic (1).

§ V. *Indications thérapeutiques et traitement.*— D'une manière générale, le traitement des grossesses compliquées doit être dirigé en vue d'obtenir trois résultats, à savoir : 1° sauvegarder pendant la grossesse la vie de la femme et celle de l'enfant; 2° prévenir les difficultés et les dangers que l'existence des tumeurs fait prévoir pour l'accouchement; 3° enfin, préserver la femme des accidents que ces dernières pourraient susciter pendant la période puerpérale. Atteindre en toute circonstance ce triple but serait, sans contredit, le comble de la puissance et des bienfaits de notre art. Mais quoique, jusqu'ici, ce soit là un pur idéal, la perspective d'un tel succès ne doit pas moins constamment servir de guide dans la pratique, comme dans la recherche et l'appréciation du meilleur traitement des grossesses compliquées.

Si, laissant de côté, pour y revenir bientôt, les indications exclusivement relatives au temps des couches, on ne considère que celles qui concernent les périodes de gestation et de parturition, il est aisé de reconnaître que les grossesses compliquées peuvent se présenter dans quatre conditions différentes, et dans celles-là seulement, car ces dernières embrassent dans leur ensemble tous les cas particu-

(1) Je dirai cependant que, sur les 12 cas de grossesse compliquée qui constituent l'appoint de mon observation personnelle, 5 femmes sont mortes des suites du travail ou par le fait d'accidents puerpéraux consécutifs; 1 a succombé (vers cinq mois de grossesse) deux jours après l'évacuation partielle d'un kyste biloculaire de l'ovaire; enfin, les 6 autres ont eu des suites de couches heureuses.

L'accouchement s'effectua 8 fois dans le cours du neuvième mois de la grossesse, et 3 fois, du septième au huitième mois. Le douzième cas est celui de cette femme qui mourut, à cinq mois de gestation, sans aucun début de travail.

Quant aux enfants, 4 naquirent vivants et à terme; 6 succombèrent les uns pendant le travail, les autres quelques jours auparavant; enfin, il en est 2 sur l'état desquels mes notes restent muettes.

liers susceptibles de se produire. Ces conditions sont les suivantes :

1° Les tumeurs restent inoffensives pendant la grossesse et ne paraissent pas devoir ultérieurement entraver l'accouchement, du moins d'une façon sérieuse ;

2° Les tumeurs, au contraire, causent des accidents pendant la grossesse et font prévoir, pour l'accouchement, des complications dangereuses ;

3° Comme dans le premier cas, les tumeurs restent inoffensives pendant la grossesse ; mais, comme dans le second, elles menacent l'accouchement de graves complications ;

4° Enfin, de même que dans le deuxième cas, les tumeurs produisent des accidents pendant la gestation ; tandis que, comme dans le premier, elles ne font soupçonner aucune sérieuse difficulté pour l'accouchement.

D'une autre part, si, n'ayant en vue que les accidents susceptibles de se produire dans l'état de couches, par le fait des tumeurs, nous considérons d'une manière générale les indications qui en découlent, nous reconnaîtrons que chacune des quatre conditions précédentes peut rigoureusement se prêter à l'emploi d'un même traitement préventif, c'est-à-dire de l'accouchement prématuré artificiel.

Ainsi, au point de vue du traitement, les grossesses compliquées présentent cinq problèmes à résoudre, lesquels correspondent à chacune des situations particulières que je viens de caractériser. J'examinerai successivement ce qu'il convient de faire dans chacune de ces dernières, en commençant toutefois par discuter les indications relatives à la cinquième.

a. L'accouchement prématuré artificiel ayant été préconisé même alors que ni la grossesse, ni l'accouchement n'avaient à souffrir de la présence des tumeurs, et par le seul motif que celles-ci menacent la période des couches de graves complications pour la mère, on conçoit qu'il est essentiel d'apprécier d'abord les conséquences et la valeur réelle de ce traitement préventif. Car, s'il était démontré que la provocation avant terme de l'accouchement fût avantageuse dans ces conditions, à plus forte raison serait-il indiqué de recourir à ce moyen quand la grossesse et la parturition, ou seulement l'une d'elles, se trouvent elles-mêmes menacées. Voyons à cet égard ce qu'enseignent les faits.

Dans un mémoire précédemment cité, le docteur Ahswell cherche à établir les deux propositions suivantes, à savoir : 1° que les tumeurs se vascularisent, se ramollissent et parfois même s'enflam-

ment pendant la grossesse, de telle sorte qu'après l'accouchement à terme, la mort arrive promptement par le fait des altérations produites dans leur masse, bien plutôt que par des lésions de l'utérus, de ses annexes ou du péritoine, qu'on ne rencontre généralement pas dans les autopsies; 2° que l'accouchement provoqué avant terme est un moyen efficace et non dangereux d'éviter ces accidents funestes. Comme on le voit, la seconde proposition est intimement liée à la réalité des faits avancés dans la première.

Or, relativement aux altérations morbides que la grossesse détermine dans la masse des tumeurs, on peut dire que la question, quoique notablement éclairée par certaines observations récentes, reste encore sur plus d'un point très-discutable et fort contestée. Ashwell ne produit en faveur de cette opinion, qu'il a le mérite d'avoir le premier formulée, que deux faits peu décisifs, et il se contente d'en mentionner quelques autres d'une interprétation assez difficile. Ce serait assurément trop peu pour conclure, et l'auteur anglais, lors de sa publication, n'était nullement autorisé à généraliser, comme il l'a fait, c'est-à-dire à étendre aux tumeurs intra-pelviennes ce qui paraît spécialement applicable aux tumeurs fibreuses de la matrice. Pour celles-ci, en effet, la vascularisation, le ramollissement et même la fonte purulente semblent être quelquefois réellement activés par la gestation. Dans un travail antérieur (*Gaz. des Hôp.*, 1864), j'ai relaté un cas d'altération spéciale de deux tumeurs fibrouses, provenant d'une femme morte en couches, et, après avoir rappelé l'opinion de MM. Danyau, Cazeaux et Depaul, touchant l'accroissement rapide de ces produits pendant la grossesse, j'ai cité un fait très-remarquable de M. Huguier, fait dans lequel un corps fibreux de l'utérus fut trouvé, après dix grossesses, converti en un véritable kyste purulent. Il existe, sans doute, d'autres exemples semblables qui pourraient être également invoqués. Mais si ces faits, d'ailleurs encore très-peu nombreux et exceptionnels, tendent à prouver que l'assertion d'Ashwell est exacte en ce qui concerne les fibrômes utérins, on aurait tort de croire qu'il en est de même des tumeurs d'autre nature, telles, par exemple, que les kystes de l'ovaire, les kystes hydatiques, les tumeurs par inclusion, etc.; car, pour ces dernières, jusqu'ici les observations restent muettes, ou répondent négativement. D'où l'on peut conclure que les altérations produites dans les tumeurs par la gestation n'ont encore été constatées que dans un très-petit nombre de cas, et seulement quand il s'agissait de fibrômes utérins.

Maintenant, est-il vrai, comme l'avance Ashwell, que la grossesse

compliquée de tumeur intra-pelvienne soit nécessairement suivie de la mort ou, pour emprunter ses propres expressions, « qu'elle ait toujours été fatale » par suite des désordres que provoquent, dans les masses morbides, les froissements multipliés et les pressions inévitables qui résultent d'un accouchement *à terme* ? Pour juger cette assertion, il suffirait, à la rigueur, de consulter les deux premières observations du mémoire de l'auteur anglais ; car il s'agit, dans ces deux cas, de femmes ayant eu déjà antérieurement un accouchement rendu très-laborieux par la présence de tumeurs intra-pelviennes, et qui se trouvaient être de nouveau enceintes de six à sept mois. Or, cette grossesse consécutive, chez l'une et l'autre femme, témoigne surabondamment qu'elles n'avaient point succombé à la suite de leur accouchement précédent, quelque difficile que celui-ci ait pu être par le fait des tumeurs. D'ailleurs, les observations qui contredisent l'assertion d'Ashwell sont relativement nombreuses dans la science, et parmi les faits que j'ai cités, il en est plusieurs qui déposent formellement contre cette opinion. Je crois donc inutile d'y insister davantage.

Enfin, ajoute le savant professeur de Londres, la mort des femmes est généralement le résultat de l'inflammation, de la dégénérescence ou de la suppuration des tumeurs, et non point des lésions ou d'une affection quelconque de l'utérus, du péritoine, etc. ; car, dans les autopsies, ces derniers organes sont le plus souvent trouvés intacts et exempts d'altération. Puis, à l'appui de cette proposition, l'auteur cite deux autopsies dont l'une est loin de lui donner raison, et dont l'autre n'est nullement décisive. Ainsi, que peut-on fonder avec de telles démonstrations ? N'est-il pas évident que le docteur Ashwell s'est ici encore trop pressé de généraliser, et a considéré comme un fait acquis à la science ce qui n'est qu'une hypothèse parfois susceptible de réalisation ? Pour ma part, les autopsies que j'ai faites ne viennent pas confirmer les vues du médecin anglais ; la mort des femmes s'est expliquée, au moins en grande partie, par la présence de quelques lésions trop communes dans l'état de couches, c'est-à-dire par des suppurations dans divers organes, de la péritonite, de la pyohémie, etc. Sans doute, les tumeurs peuvent être le point de départ de ces désordres de voisinage, et je n'hésite même pas à admettre qu'elles prédisposent les femmes à de graves complications inflammatoires après l'accouchement. Mais ce n'est point par la suppuration de leur tissu qu'elles constituent cette prédisposition ; c'est bien plutôt par la grande susceptibilité à l'inflammation qu'elles provoquent dans le péritoine et les organes

pelviens, susceptibilité que je comparerais volontiers à celle qui résulte de la congestion menstruelle chez les femmes en état de vacuité.

Ainsi, je me crois autorisé à conclure que les femmes qui accouchent au terme normal d'une grossesse compliquée ne sont pas nécessairement menacées d'accidents mortels après un travail même laborieux; de plus, que quand la mort a lieu, s'il est vrai qu'elle peut être la conséquence d'altérations profondes dans les tumeurs, il n'est pas moins exact de dire que, beaucoup plus souvent, elle reconnaît pour cause les lésions inflammatoires des organes communément affectés dans l'état de couches. La première proposition du docteur Ashwell est donc beaucoup trop absolue et, en plusieurs points, manifestement erronée.

Cela étant, on voit que l'accouchement provoqué ne saurait, dans les circonstances précitées, avoir d'autre but que celui de combattre des accidents très-problématiques, et dès lors il ne se trouve pas suffisamment indiqué. J'ajoute, d'ailleurs, que si l'emploi de ce moyen préventif est généralement inoffensif pour les femmes saines, il ne me paraît pas qu'il en soit de même pour celles qui sont affectées de tumeurs pelviennes ou abdominales. Puisque les pressions et les froissements obligés qui résultent du travail à terme constituent une cause d'inflammation et d'accidents, ces mêmes violences ne seront certainement pas innocentes dans le cas d'accouchement provoqué. Aussi je ne crains pas d'avancer qu'en vertu de cette susceptibilité inflammatoire que la présence des tumeurs éveille dans le péritoine et les autres organes, toute intervention chirurgicale doit être considérée comme plus ou moins dangereuse, au même titre que l'accouchement spontané à terme. Les deux faits heureux que le docteur Ashwell cite à l'appui de sa seconde proposition ne viennent nullement infirmer cette manière de voir; car, dans les deux cas, si les femmes se rétablirent, il convient de remarquer que ce fut bien plutôt à la suite d'un travail d'avortement spontané qu'après un accouchement réellement provoqué par l'art.

Concluons donc, en définitive, que le moyen proposé par le chirurgien anglais, c'est-à-dire l'accouchement prématuré artificiel, doit être complétement rejeté dans les cas où l'on n'aurait en vue que de prévenir les accidents inflammatoires susceptibles de se produire après un travail à terme.

b. Puisqu'il en est ainsi, lorsque, comme dans la première situation que nous avons déterminée, la grossesse et l'accouchement ne paraissent pas sérieusement menacés dans leur cours normal par

la présence des tumeurs, on conçoit que la conduite du chirurgien se trouve naturellement toute tracée. Il n'existe aucune indication d'agir. Donc, on doit se tenir dans l'expectation, exercer une surveillance attentive et se borner à faire suivre avec plus de rigueur les préceptes d'une bonne hygiène.

c. Quand, au contraire, la gestation est accompagnée d'accidents et que les tumeurs font prévoir pour l'accouchement à terme des dangers et des difficultés plus ou moins graves, il est commandé en général de recourir à des moyens actifs, et alors le caractère et l'énergie de l'intervention varient nécessairement selon les cas.

Considérés en eux-mêmes, c'est-à-dire abstraction faite des complications prévues pour l'accouchement à terme, les accidents que déterminent les tumeurs pendant la grossesse indiquent, s'ils sont légers, l'emploi de moyens peu énergiques, tels que le repos, les bains, les cataplasmes ou divers autres topiques, les potions anodines, les boissons médicamenteuses faibles, etc. S'ils sont graves, il devient nécessaire de recourir à une médication plus puissante; et alors, contre la dyspnée, l'oppression, l'impossibilité de se mouvoir, la douleur abdominale, la déviation de l'utérus, le trouble des fonctions urinaire et intestinale, la menace d'avortement, etc., tous symptômes qui résultent assez fréquemment de la distension extrême de l'abdomen par une ascite ou un kyste de l'ovaire, contre cet état morbide, dis-je, on devra parfois pratiquer une ponction évacuatrice de la tumeur, bien que cette ponction ne soit pas toujours exempte de danger [1]. C'est en semblable circonstance qu'il est d'ailleurs avantageux, afin de prévenir les défaillances, la syncope, les contractions intempestives de la matrice ou la mort du fœtus, de ne laisser écouler le liquide que peu à peu, avec une lenteur cal-

---

[1] *Obs. VII.* Une jeune femme, déjà mère d'un enfant de quatre ans, se présenta le 22 juin dernier à l'hôpital de la Charité pour une grossesse compliquée de kyste ovarique. Le malaise général et les douleurs qu'éprouvait cette malade par suite de la distension extrême de l'abdomen, la gêne mécanique que la tumeur apportait au développement de la matrice, le prolapsus et l'allongement considérable du col de cet organe, etc., déterminèrent M. Velpeau à pratiquer une ponction dans le kyste. Celui-ci perdit environ moitié de son volume, puis le liquide, qui était brunâtre, cessa de couler. Deux jours après, la malade, qui d'abord s'était trouvée notablement soulagée, succomba en quatorze heures à des accidents insolites assez analogues à ceux d'un étranglement intestinal. Elle était enceinte de cinq mois. L'autopsie ne révéla point la cause de cette mort singulière. L'œuf était entier, le fœtus bien conformé, le kyste biloculaire, et l'une des poches, encore pleine, renfermait environ dix litres de liquide...

culée, et même de ne provoquer qu'une déplétion partielle de la tumeur. S'il s'agit d'accidents inflammatoires, d'une péritonite par exemple, on les combattra par les antiphlogistiques, le sulfate de quinine, les préparations mercurielles et les émollients, sans s'exagérer la crainte souvent illusoire d'appauvrir, par des émissions sanguines, un organisme que déjà la grossesse aurait trop affaibli. Enfin, contre les troubles fonctionnels locaux et généraux qui peuvent dépendre d'un cancer pelvien, on se contentera le plus souvent d'employer les toniques, les reconstituants et les narcotiques de manière à prolonger, autant que possible, les jours de la femme sans nuire au fœtus ni à la grossesse.

Telles sont les principales indications à remplir lorsqu'on se propose seulement de combattre les accidents dont la gestation est traversée. Mais le problème se complique et se modifie singulièrement toutes les fois que, comme dans le cas supposé, les tumeurs font en même temps prévoir pour l'accouchement des difficultés sérieuses, sinon presque insurmontables. C'est alors que surgissent réellement les questions les plus litigieuses de la pratique et que souvent les intérêts de la mère et ceux de l'enfant semblent inconciliables.

Dans ces circonstances, les principaux éléments d'appréciation se déduisent en grande partie des caractères physiques et de la nature des tumeurs. En effet, une tumeur liquide pouvant toujours être ponctionnée en temps opportun pendant le travail, elle ne suscitera que des difficultés faciles à vaincre au moment de l'expulsion du fœtus, et par conséquent elle n'exige pas, en cette vue, d'opération préliminaire pendant la grossesse. Il en est de même, mais pour des raisons différentes : 1° des tumeurs molles, petites, situées au niveau des diamètres les plus larges du bassin, et d'ailleurs susceptibles de s'aplatir sous une forte pression ; 2° des tumeurs qui se trouvent au-dessus du détroit supérieur, fussent-elles immobiles, volumineuses et très-dures ; 3° de celles qui, quoique situées dans le petit bassin, sont pédiculées, mobiles, et peuvent être refoulées dans la grande cavité de l'abdomen ou, au contraire, suffisamment entraînées au dehors pour livrer passage au fœtus. Enfin, quels que soient d'ailleurs les caractères physiques des tumeurs, lorsque la nature de celles-ci et les désordres qu'elles ont déjà produits sont tels que la mort de la femme doive nécessairement s'ensuivre dans un temps rapproché, on doit également s'abstenir pendant la grossesse de toute opération tendant à provoquer l'accouchement avant terme. Dans un cas de ce genre, M. Stoltz ayant à traiter une femme enceinte de huit mois, qui

était affectée d'un cancer du bassin, laissa la gestation atteindre son terme normal, et pratiqua alors avec un plein succès l'opération césarienne. L'enfant fut extrait bien portant, et la mère, rétablie en vingt-deux jours, ne succomba aux progrès de sa tumeur que cinq mois et demi plus tard.

Mais, lorsque les conditions sont autres que celles dont je viens de parler, c'est-à-dire quand les tumeurs, étant de nature bénigne, sont en même temps volumineuses, fixes, solides et situées dans le petit bassin, l'accouchement prématuré artificiel se trouve nettement indiqué, et il convient d'y recourir à une époque plus ou moins hâtive, selon les degrés variables d'obstruction du canal pelvien. Sur ce dernier point, il n'est d'ailleurs pas d'autres règles que celles qui régissent la même opération pratiquée pour des rétrécissements osseux. Toutefois, il importe de rappeler que les tumeurs charnues, même les plus dures, offrant toujours une certaine dépressibilité, ne requièrent pas pour le passage du fœtus un espace libre aussi étendu que quand il s'agit d'un obstacle absolument rigide, comme celui qui résulte des déformations du squelette.

L'accouchement prématuré artificiel, pour être effectué heureusement, suppose toujours dans le canal pelvien un espace libre suffisant pour livrer passage à un fœtus d'au moins sept mois. Or, il arrive parfois que la tumeur obstrue tellement les voies génitales qu'il n'est même plus possible de mettre à profit cette précieuse ressource. C'est en pareil cas que certains accoucheurs, préférant sacrifier la grossesse à son début plutôt que de se mettre dans la nécessité de choisir plus tard entre l'embryotomie et l'opération césarienne, ont proposé de provoquer l'avortement chirurgical. Mais, outre les considérations morales qu'on peut opposer à cette pratique, les avantages qui doivent en résulter pour le salut de la mère sont encore loin d'être démontrés. Autant, en effet, l'avortement facile ou spontané peut être avantageux pour la femme, autant sont dangereuses pour celle-ci les conséquences de l'avortement provoqué; de telle sorte qu'après avoir sacrifié le fœtus, l'accoucheur s'exposerait gravement à voir périr encore la mère. Je repousse donc complétement l'emploi de ce moyen, qui ne saurait être qu'un fâcheux pis-aller, une opération destructive plutôt que conservatrice.

Pour éviter cependant les dangers non douteux d'un accouchement à terme s'effectuant dans ces conditions, soit par l'opération césarienne, soit par l'embryotomie, on conçoit combien il serait indispensable de pouvoir arrêter le développement des tumeurs ou

même déterminer leur disparition progressive. L'iodure de potassium et diverses autres préparations iodées, préconisés dans ce but contre les corps fibreux de la matrice, paraissent avoir donné quelquefois de très-bons résultats pendant l'état de vacuité. Je pense donc qu'il serait indiqué d'y recourir, même dans l'état de grossesse; car, d'après certaines observations, outre cette action atrophique spéciale exercée par l'iode sur les fibrômes utérins, cet agent jouirait encore de la propriété de ralentir la nutrition du fœtus, et par conséquent de prévenir son excès de volume.

Quoi qu'il en soit, c'est en pareille circonstance que, peut-être aussi, il serait permis de pratiquer avec une prudente réserve des injections dans les tumeurs, afin de les pénétrer d'un liquide destructeur et d'en provoquer ainsi la mortification ou l'amoindrissement graduel. Cette méthode thérapeutique, encore aujourd'hui à ses débuts, pourra sans doute donner ultérieurement des succès importants. Telle me semble, dans ces cas si périlleux, la véritable voie à explorer, voie d'ailleurs essentiellement chirurgicale, puisqu'elle a pour but de sauvegarder à la fois la vie de la mère et celle du fœtus, en dirigeant nos moyens d'attaque contre le mal lui-même.

d.-e. Enfin, quant aux deux problèmes thérapeutiques qu'il me reste à examiner, comme leur solution se trouve implicitement comprise dans les développements qui précèdent, il devient superflu d'en faire ici une étude spéciale. Je ne pourrais, en effet, que reproduire les règles d'un traitement déjà indiqué et qu'il est facile de dégager des considérations propres aux questions antérieurement traitées.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observation de médecine pratique sur les sirops diacode, d'opium, de lactucarium simple et composé.

Le nouveau Codex nous fournit une observation sur laquelle il est urgent d'appeler l'attention des médecins : elle leur évitera des erreurs, et aux pharmaciens des récriminations et des débats, faute de s'être entendus.

Aujourd'hui le nouveau Codex supprime de l'emploi médical l'extrait alcoolique retiré du pavot blanc indigène, il le remplace par celui du pavot blanc exotique, vulgairement appelé *opium* : il en

résulte que les doses étant modifiées, les sirops colorent plus ou moins les liquides dans lesquels on les fait entrer.

Sirop diacode.

Extrait d'opium	0gr,50
Eau distillée	4 ,50

Dissolvez l'extrait, filtrez, ajoutez :

Sirop de sucre	995 grammes.

Mêlez.

20 grammes de ce sirop contiennent 1 centigramme d'extrait d'opium.

Sirop d'opium.

Extrait d'opium	2 grammes.
Eau distillée	8 —
Sirop de sucre	990 —

Mêlez selon l'art.

20 grammes de ce sirop contiennent 4 centigrammes d'extrait d'opium.

Ainsi, on le voit, le sirop diacode ne contient que 1 centigramme de principe actif, tandis que le sirop d'opium en contient 4 par 20 grammes de sirop.

Sirop de thridace.

Thridace	20 grammes.
Eau distillée	Suffis. quant.
Sirop de sucre	980 grammes.

Faites dissoudre l'extrait dans huit fois son poids d'eau froide ; filtrez la solution, mêlez-la au sirop et faites cuire celui-ci jusqu'à ce qu'il marque bouillant 1,26 au densimètre (30 degrés Baumé).

20 grammes de ce sirop contiennent 0gr,40 de thridace.

Sirop de lactucarium opiacé.

Extrait alcoolique de lactucarium	1gr,50
Extrait d'opium	0 ,75
Sucre blanc	2 kilogr.
Eau de fleur d'oranger	40 grammes.
Eau distillée	Suffis. quant.
Acide citrique	0gr,75

Dissolvez l'extrait dans l'eau de fleur d'oranger et filtrez.

D'autre part, épuisez l'extrait alcoolique de lactucarium par l'eau bouillante, laissez refroidir et filtrez au papier. Dissolvez le sucre à chaud dans cette solution suffisamment étendue d'eau distillée,

ajoutez l'acide citrique et clarifiez au blanc d'œuf, en ayant soin d'enlever les écumes à mesure qu'elles se produisent ; faites cuire à 1,26 bouillant (30 degrés Baumé). A partir de ce point, continuez l'évaporation jusqu'à ce que le sirop ait perdu un poids égal à celui de la dissolution d'extrait d'opium dans l'eau de fleur d'oranger, ajoutez-y cette solution et passez au travers d'une étamine.

20 grammes de ce sirop contiennent la partie soluble dans l'eau de $0^{gr},01$ (1 centigramme) d'extrait alcoolique de lactucarium et $0^{gr},005$ (5 milligrammes) d'extrait d'opium.

Les sirops de digitale, d'aconit, de ratanhia ayant été modifiés dans leur mode de préparation, leurs doses seront le sujet d'une autre observation. Stanislas Martin.

Conservation de la vanille.

Le mérite de la vanille est d'avoir une odeur balsamique, une saveur chaude, piquante, fort agréable. Le milieu dans lequel on la garde contribue à sa qualité.

Les pharmaciens conservent ce fruit dans des vases en verre qu'on bouche avec du liége, ce qui ne l'empêche pas de se dessécher en très-peu de temps et de perdre tous ses principes aromatiques.

Une longue expérience nous a démontré qu'on peut obvier à cet inconvénient en renfermant la vanille dans des boîtes de fer-blanc ; chaque couche de ce fruit est interposée d'une couche de sucre en poudre ; dans cette condition, la vanille est complétement soustraite au contact de l'air atmosphérique ; elle ne perd point de son eau de végétation ni de son huile essentielle ; elle reste souple ; l'acide benzoïque ne s'effleurit pas à sa surface. Le sucre se parfume assez fortement pour être employé comme condiment, ou comme aromate des crèmes, glaces et sorbets. Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Rouen, 18 novembre 1866.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le dernier numéro du *Bulletin général de Thérapeutique*, M. le docteur Besnier publiait un très-intéressant travail sur le choléra ; j'ai vu avec un grand plaisir que votre honorable collaborateur insistait, avec juste raison, sur la nécessité de ne pas for-

muler prématurément une opinion formelle sur l'opportunité de l'isolement des cholériques dans nos hôpitaux. Rendant compte des résultats obtenus par l'isolement des malades pendant la dernière épidémie, l'honorable médecin des hôpitaux de Paris écrit : « Il faut le dire, l'épreuve restera inévitablement douteuse, par cela même que la mesure a été générale ; il eût été nécessaire, pour pouvoir établir un jugement comparatif, de mettre en parallèle, pendant la même épidémie, divers établissements dans une même zone urbaine et de pratiquer l'isolement dans l'un, la communauté dans l'autre. » Cette expérience a été faite ; et c'est la connaissance des résultats obtenus qui m'engage à intervenir dans la question, et à chercher à prouver que M. Besnier a eu grandement raison d'arrêter beaucoup d'auteurs dans leurs conclusions prématurées.

Un excellent travail publié en Angleterre donne sur ce sujet de précieux renseignements ; c'est le travail remarquable du docteur William Baly, publié au nom du Collége royal de médecine d'Angleterre (1).

NOM DE L'HÔPITAL.	Nombre moyen des malades placés dans l'hôpital.	Nombre des décès par choléra chez les malades apportés du dehors.	Nombre des décès par choléra ; cas développés dans l'hôpital.	Nombre des morts par choléra chez des gens de service.	Comment les cholériques étaient placés dans l'hôpital.
St-Bartholomew's.	500	198	1	1	Isolément pratiqué.
St-Thomas's......	430	66	0	3	Id.
London hosp......	330	40	—	—	Id.
University college hosp..............	110	31	1		Id.
King's College hos.	90	40	2	2	Id.
Middlesex hosp....	300	30	—	—	Isolément non pratiqué.
St-George's hosp.:	300	11	2 en chirurgie. 1 en médecine.	1	Id.
Westminster hosp.	150	37	—	—	Id.
Guy's hosp.........	490	—	3	1	N'a pas reçu de cholériques du dehors.

(1) Reports on Epidemic Cholera drawn up at the desire of the cholera Committee of the Royal College of Physicians. London, 1854.

Pendant l'épidémie de 1849, l'isolement des cholériques a été pratiqué dans quelques-uns des hôpitaux de la métropole anglaise; dans d'autres, les cholériques n'ont pas été séparés des autres malades. L'indépendance des administrations de chaque hôpital explique cette manière d'agir. M. W. Baly résume les résultats dans le tableau ci-dessus, que j'ai transcrit en rapprochant les établissements suivant que l'isolement a été pratiqué ou n'a pas été mis en usage.

Ce tableau m'a paru pouvoir fournir quelques curieux renseignements; il prouve que, dans la même épidémie, la comparaison de divers établissements dans lesquels l'isolement a été pratiqué ou n'a pas été mis en usage ne donne pas de résultats très-différents. On pourrait donc presque dire que l'isolement des cholériques ne semble pas aussi indispensable qu'on a bien voulu le dire. Déjà M. L. Lefort s'élevait contre les inconvénients du système actuel tel qu'il est pratiqué dans les hôpitaux de Paris.

Je me permettrai de suggérer à M. Besnier une autre remarque. Je n'ai pas la prétention d'avoir parcouru beaucoup de statistiques nosocomiales, je ne pouvais trouver dans ma seule bibliothèque les éléments des recherches qui m'étaient nécessaires, cependant j'en ai parcouru un certain nombre; et après avoir lu les analyses des épidémies d'Angleterre, d'Allemagne, de Russie, je suis frappé de ce fait : Dans la plupart des pays étrangers, en province même, le nombre des cas de choléra développés à l'intérieur, relativement au nombre des cholériques apportés du dehors, n'est point aussi considérable qu'à Paris. Dans la note très-courte exposée par moi à l'Académie de médecine le mois dernier, j'avais insisté sur ce fait que, dans toutes les épidémies de choléra, le nombre des cas intérieurs de notre Hôtel-Dieu avait été sinon nul, comme en 1866 jusqu'ici, du moins très-restreint. Les chiffres de M. Baly montrent également une faible proportion des cas intérieurs. Je pourrais, du reste, emprunter au même travail de notre savant confrère anglais l'analyse d'un tableau curieux sur le développement du choléra dans divers établissements publics de l'Angleterre. Comparez les chiffres que je viens d'indiquer avec ceux des hôpitaux de Paris de 1849, 1854 et 1865, et vous resterez convaincu que l'isolement n'est peut-être pas le moyen souverain qui arrêtera le développement des cas intérieurs.

Après ma dernière communication à l'Académie, un savant académicien me signalait la bonne condition hygiénique de notre Hôtel-Dieu comme une des causes possibles de l'immunité de nos

malades. Cette remarque est la conclusion précise à laquelle arrive M. Baly; en présence des résultats de la dernière enquête nosocomiale faite avec une si grande indépendance par plusieurs de nos corps savants, c'est un résultat dont on peut encore tenir compte.

Veuillez agréer, etc.

LEUDET,
Directeur de l'École de Rouen.

Bandages à compression aérienne.

La compression est un moyen de thérapeutique chirurgicale dont l'indication se présente à chaque instant dans la pratique. Si les forces dont l'homme de l'art se sert pour l'exercer sont assez nombreuses ; s'il est souvent facile de les appliquer, il est trop souvent difficile d'en bien régler la puissance et de les répartir également sur une surface donnée.

Quelle que soit l'habitude du chirurgien, par exemple dans l'application d'un simple bandage roulé, il est presque impossible qu'il n'y ait pas d'inégalité dans la pression des doloires; il est facile de s'en convaincre en examinant l'état du membre dont on vient d'enlever l'appareil. L'indication peut être remplie, mais elle ne l'est pas sans inconvénients et trop souvent au détriment de la peau du malade.

Il faudrait donc, pour arriver à la perfection des bandages, donner au corps compresseur la même puissance sur toute l'étendue de la surface qu'il doit comprimer, de manière à ce que chaque point pris isolément fût soumis exactement et au même instant à la même puissance. On conçoit qu'il est difficile, surtout dans les régions anfractueuses du corps, de remplir cette indication.

La seconde difficulté, tout aussi grande que la première, est de trouver le moyen de mesurer le degré de pression exercé par le bandage et de le régler à volonté. Vous refaites un bandage pour augmenter la pression : êtes-vous bien sûr d'y parvenir à votre gré ? Votre seul dynamomètre est le sens d'activité musculaire, et chacun sait à combien d'erreurs il est soumis.

Tels sont les problèmes que nous nous sommes proposés et que nous nous sommes efforcé de résoudre. Nous pensons y être parvenu jusqu'à un certain point, à l'aide d'une méthode que nous croyons nouvelle et d'une application *générale*.

Notre agent compresseur est l'air atmosphérique; l'appareil qui sert à le mettre en œuvre est simple, et le voici dans ses pièces élémentaires : 1° un sac résistant et imperméable à l'air, s'appliquant le plus exactement possible sur la partie qui doit être comprimée ; 2° une bande ordinaire en toile assez résistante; 3° une petite pompe foulante pneumatique.

La matière dont le sac à air doit être fait n'est pas indifférente : le caoutchouc vulcanisé est celle qui se prête le mieux, par son imperméabilité et par son élasticité, à une application générale.

Mettons-nous à l'œuvre : je suppose que je veuille comprimer le genou; je le recouvre d'un linge très-fin, pour éviter l'action directe du caoutchouc ; j'étends sur lui mon sac en forme de genouillère, en ayant soin de faire sur les bords les tractions voulues pour le monter sur la partie le plus exactement possible ; je fixe le sac à l'aide de la bande et par un bandage ordinaire, de manière à le recouvrir en entier, en ayant *soin* de *peu* serrer; enfin, m'armant de la pompe foulante, je l'adapte à l'orifice du sac *muni d'un robinet*, puis j'insuffle une quantité d'air suffisante pour donner à l'appareil la tension voulue, et je referme le robinet.

Que se passe-t-il alors? Le sac à air comprimé se trouve entre deux résistances, la bande en dehors et le genou en dedans; par sa force d'expansion, le gaz, après avoir fait appliquer exactement sur la région la surface du sac qui la touche, après l'avoir fait pénétrer dans toutes ses anfractuosités, continue à exercer sur toute cette surface une pression d'autant plus forte que sa tension est plus grande. La bande n'agit plus directement sur le genou, elle ne sert qu'à maintenir l'expansion du sac et à le forcer à agir sur l'organe qu'il enveloppe à la manière d'une séreuse.

J'obtiens ainsi une compression douce, uniforme et que je puis régler à volonté à l'aide de la pompe. Pour plus de précision, il est facile d'ajouter à cet instrument un petit manomètre qui indiquera exactement la tension de l'air dans le sac.

Il est aisé de comprendre maintenant avec quelle facilité on peut généraliser ce mode de compression et l'appliquer à toutes les régions du corps, même les plus anfractueuses ; il suffira de varier la forme et la grandeur des sacs et de donner à leurs parois une épaisseur plus ou moins grande, suivant les pressions qu'on désirera leur faire supporter. Si un sac ne suffit pas, il faut en mettre plusieurs, les uns à côté des autres, suivant l'effet qu'on désire obtenir, l'étendue et la forme de la partie sur laquelle on opère. S'agit-il d'augmenter

la pression dans un point localisé, rien de plus simple : un petit sac est placé sous un plus grand ; en l'insufflant séparément, le point sur lequel il repose reçoit deux pressions qui se surajoutent. Les compressions les plus difficiles peuvent se faire avec la plus grande facilité; celle de l'œil, par exemple, se fera avec une douceur admirable en se servant d'un petit sac, soutenu par un monocle et modérément insufflé; le sac sera moulé par sa face profonde sur la forme exacte de l'organe.

La méthode que nous proposons trouve encore une application des plus heureuses dans le pansement des fractures. Nous parviendrons à rendre supportables aux malades des pressions souvent très-pénibles; nous ferons disparaître le grand inconvénient des appareils dont l'action, dans les fractures des membres, ne s'exerce que latéralement; à l'aide de nos sacs à air, nous transformerons à volonté les pressions latérales en pressions circulaires; nous arriverons à simplifier les appareils et à leur donner la légèreté, qui n'est certes pas un défaut. Encore un exemple : Soit une fracture de jambe; après réduction, deux sacs allongés, ou même un seul sac capable de faire le tour du membre, est appliqué comme sur le genou, fixé lâchement à l'aide des doloires d'une bonne bande et insufflé; alors, pour appliquer les attelles, les coussinets deviennent inutiles. Quel que soit le point où vous les posiez, leur pression ne peut reposer que sur l'air, qui la répartira uniformément sur toute la circonférence du membre.

Dans bien des circonstances, chez les enfants, par exemple, de simples sacs à air et la bande rendront inutiles même les attelles solides.

Avec nos appareils, les bandages inamovibles n'auront plus besoin d'être refaits ou coupés; à mesure qu'ils deviendront trop lâches, une nouvelle quantité d'air viendra facilement combler le vide; et la pression, réglée à volonté, épargnera souvent au chirurgien la peine de défaire un bandage soigné, qui vient à peine d'être mis en place.

Dans les appareils à traction continue, nos sacs à air, des tubes en caoutchouc, également injectés d'air, vaincront les résistances musculaires et éviteront les pressions souvent si pénibles des points sur lesquels la force doit agir.

Tels sont les avantages généraux de nos *bandages à compression aérienne.* Nous n'insisterons pas davantage ; notre but est d'appeler l'attention des chirurgiens sur un moyen de pansement que nous

croyons avantageux; à l'expérience générale de suppléer à celle trop faible d'un praticien de la campagne, qui n'a pas à sa disposition l'immense ressource des hôpitaux et la proximité des fabricants d'appareils, qui, dans l'intérêt de la science, veulent bien souvent prêter leur concours désintéressé.

Dr Ant. DE BEAUFORT.

Chaillac (Indre).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la dyspepsie, par le docteur BEAU, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, chevalier de la Légion d'honneur [1].

A toutes les époques de l'histoire de la médecine, la dyspepsie a attiré l'attention des praticiens : ils ont tous compris la nécessité de cette étude, mais tous n'ont pas entendu de la même façon la valeur séméiologique de cette affection. Les médecins de l'antiquité pensaient qu'elle pouvait être le point de départ d'un grand nombre de maladies : Hippocrate alla jusqu'à dire que l'estomac est pour les animaux ce que la terre est pour les plantes, et Galien confirma plus tard cette vue d'une manière positive. Dans les temps qui suivirent, la plupart des auteurs adoptèrent cette opinion, et l'on trouve dans les ouvrages de Baglivi cette phrase célèbre, que Beau rappelle avec soin : « Dum viget stomachus, vigent omnia. » A une époque plus rapprochée de nous, le fondateur de la médecine physiologique contribua puissamment à la création de l'unité stomacale, et bien que, par son erreur, il ait dénaturé les symptômes gastriques, en leur attribuant un processus toujours inflammatoire, il n'en est pas moins vrai que son espoir de changer la base de la médecine et de lui trouver dans l'élément phlegmasique de nouvelles et plus fortes assises a eu pour résultat de mettre en lumière l'importance des fonctions de l'estomac.

De nos jours, malgré les travaux de Chomel et les observations cliniques de M. le professeur Trousseau, la dyspepsie perdit un peu de son importance; elle paraissait moins digne d'intérêt aux observateurs qui, particulièrement curieux des recherches anatomo-pathologiques, négligeaient une affection où la lésion fonctionnelle est si peu en rapport avec la lésion organique. Plus récemment,

[1] Paris, chez P. Asselin, 1866.

Beau, qui s'attachait surtout aux questions générales, fut frappé de l'intérêt clinique des troubles dyspeptiques; il entreprit de les étudier dans leurs moindres détails et de chercher la place qui leur convenait dans la série pathogénique. La difficulté était grande; mais Beau avait pour se guider un esprit curieux et généralisateur: sa grande habitude de l'analyse clinique pouvait lui permettre de créer la synthèse de la dyspepsie; il tenta cette étude avec d'autant plus d'ardeur que le sujet était digne de sa remarquable intelligence et justement approprié à ses aptitudes particulières. Beau était, en effet, passionné pour la physiologie pathologique, qu'il plaçait très-haut dans la hiérarchie des sciences médicales : pour lui, la dyspepsie, comme la syphilis et la scrofule, a des symptômes de plusieurs ordres, qui sont nettement séparés. Les symptômes primitifs sont locaux ou gastriques. Les symptômes secondaires présentent deux séries : l'une, d'origine réflexe, ayant pour point de départ une gastropathie initiale, est remarquable par des phénomènes névropathiques; l'autre est constituée par les modifications que la dyspepsie apporte au sang : dans cette série se trouvent les trois anémies, globulaire, albumineuse et fibrineuse. Les symptômes ternaires sont constitués par les lésions de tissu. Il était difficile d'embrasser la question sous un point de vue plus général, puisque la dyspepsie envisagée de la sorte représente à elle seule la médecine tout entière.

Beau a évidemment rendu un véritable service à la science en groupant d'une façon méthodique les symptômes de la dyspepsie et en étudiant l'ensemble des prédominances symptomatiques de cette affection, qui jusqu'à lui avaient été regardées par la plupart des cliniciens comme des maladies distinctes. Parmi ces symptômes, il en est deux sur lesquels il insistait souvent au lit du malade, et qui sont parfois mal interprétés, je veux parler de la toux et de la dyspnée gastriques. Que de fois l'ai-je vu rendre l'espérance à de malheureux malades qui se croyaient perdus sans ressource, parce qu'ils toussaient, respiraient avec peine et avaient des douleurs thoraciques! Souvent une simple potion vomitive, une médication tonique, l'hydrothérapie même, faisait disparaître ces symptômes d'origine dyspeptique, qu'il ne faut pas confondre avec ceux qui sont produits par la tuberculose pulmonaire.

Parmi les manifestations névropathiques dont Beau a particulièrement étudié la pathogénie, il faut signaler l'hystérie, l'hypocondrie et la folie. Pour lui, ces trois névroses reconnaissent

pour cause la dyspepsie, et souvent à l'hôpital il combattait avec feu les opinions de Georget sur l'étiologie de l'aliénation mentale. Cette manière de voir est, à coup sûr, trop exclusive; sans nier la part d'influence éloignée qui revient à la dyspepsie dans la production des phénomènes vésaniques, on est bien obligé de reconnaître que les troubles intellectuels sont le plus souvent dus à une affection primitive de l'encéphale. Toutefois, il n'est pas rare de rencontrer des exemples où l'aliénation mentale est survenue à la suite d'un trouble marqué des fonctions digestives. En revanche, que de fous ne voit-on pas chez lesquels l'exagération de la vie végétative s'accuse par une augmentation de l'appétit! L'opinion de Beau sur ce point de pathogénie peut donc avoir une part de vérité, mais elle n'est qu'exceptionnellement vraie.

Quant à l'ensemble des symptômes qui constituent la série hémopathique, les faits sont incontestables. L'anémie globulaire a des symptômes que tout le monde connaît, et son retentissement sur le système nerveux périphérique aussi bien que sur le système nerveux central est une vérité acquise à la science et consacrée depuis longtemps par un aphorisme hippocratique. Les quelques pages consacrées à l'anémie albumineuse font voir que cette variété d'anémie, bien démontrée aujourd'hui et désignée par M. Sée, dans ses remarquables leçons, sous le nom de *désalbuminémie*, préside réellement à la production d'une certaine classe d'hydropisies, autrefois inexpliquées. L'anémie fibrineuse n'est pas moins digne d'être étudiée, puisque, par la modification du sang qui la caractérise, elle peut produire le scorbut, le purpura, ainsi que certaines hémorrhagies propres à l'ictère grave.

Le chapitre des symptômes ternaires renferme une idée qui est encore à démontrer. Il est certainement permis de ne pas attribuer à la dyspepsie la production de toutes les lésions organiques diathésiques et des maladies dues aux influences extérieures, telles que les phlegmasies. Pour ma part, bien que je sois encore sous le charme de la parole du maître, j'avouerai que je demeure incrédule, et qu'il m'est impossible de regarder le tubercule et le cancer comme des symptômes de la dyspepsie. Un individu qui porte en lui le germe d'une diathèse tuberculeuse et qui devient tuberculeux n'est-il pas plus encore victime de l'influence diathésique que de la dyspepsie? Je n'en veux pour preuve que l'impuissance où le médecin se trouve presque toujours de guérir ces sortes de dyspepsie qui appartiennent à la période d'incubation des maladies diathésiques. Quoi qu'il en soit, on doit reconnaître avec Beau la nécessité

de maintenir le niveau physiologique des forces digestives au début des lésions organiques, ne fût-ce que pour en retarder l'évolution.

Le traitement de la dyspepsie, dans l'ouvrage du savant clinicien de la Charité, occupe une place importante. L'auteur, en abordant ce sujet, paraît s'attacher à la découverte du moyen thérapeutique exactement approprié à la cause. C'est ici qu'on retrouve dans toute sa lumière l'expérience de l'homme qui donnait tous ses soins à l'étude de la physiologie pathologique. Pour lui, la médecine symptomatique n'était rien, l'indication de la cause était tout; aussi le voyons-nous entrer à ce sujet dans des explications théoriques très-intéressantes, toutes relatives à la recherche du point de départ. Il parle d'abord des indications thérapeutiques fournies par la considération des causes, distingue celles qui tiennent aux ingesta, et insiste sur la qualification erronée que l'on attribue à l'usage trop exclusif de certains aliments, qui, au lieu de produire la bonne chère, amène, au contraire, les effets d'une mauvaise alimentation. Quant aux dyspepsies, dues au trouble moral, Beau n'hésite pas à les reconnaître au-dessus des ressources de l'art sans le concours de la médecine morale. Les moyens qui précèdent sont surtout employés dans la dyspepsie idiopathique : pour traiter celle qui est symptomatique, Beau insiste particulièrement sur la médication vomitive lorsque les accidents sont dus à un embarras gastrique ; plus loin, il rapporte un cas curieux où la cautérisation du col de l'utérus enraya les symptômes dyspeptiques survenus à la suite d'une métropathie.

Après les indications que je viens de présenter se trouvent celles qui sont fournies par la considération de la maladie en elle-même. Ici Beau fait une distinction importante : il divise les indications thérapeutiques en positives et en négatives. Cette division paraît simple, et cependant elle mérite d'être signalée, en raison des conséquences pratiques qu'elle entraîne. On ne pense pas toujours à poser les indications négatives : si l'on met de côté les cas où le médecin doit prévenir le lecteur des antagonismes en thérapeutique et des combinaisons médicamenteuses qui peuvent aboutir à la formation d'un produit toxique, que de fois passe-t-on sous silence les circonstances fâcheuses que le malade doit éviter! A propos des indications négatives, Beau parle du danger des émissions sanguines dans une affection qui par elle-même conduit à l'anémie et de l'inconvénient qui résulte de l'usage prolongé des narcotiques. Relativement à la saignée, je crois que la pratique de la plus grande partie des médecins est favorable à l'opinion que nous venons de

rappeler : le règne de la gastrite aiguë a fait son temps; on ne saigne plus les malades dyspeptiques ; mais peut-être ne doit-on admettre qu'avec réserve la seconde opinion qui proscrit l'usage des narcotiques : cette médication est, en effet, souvent utile dans les dyspepsies à prédominance douloureuse, à la condition, bien entendu, de n'en pas faire abus.

Au nombre des indications positives, Beau place ce qu'il appelle les moyens extraordinaires à opposer à la dyspepsie. Ces moyens sont les changements de séjour, les voyages, les thermes et l'hydrothérapie, ce moyen efficace que l'on compte aujourd'hui parmi les modes les plus actifs de la médication révulsive.

Ce traité de la dyspepsie, que j'appellerais volontiers un mémoire d'outre-tombe, reproduit fidèlement les idées ingénieuses du clinicien expérimenté, du maître aimable que la jeunesse des écoles a prématurément perdu. M. le docteur Hédouin, qui a recueilli les inspirations de Beau, a donc bien fait en empêchant que ces pages, dont l'auteur plusieurs mois avant sa mort annonçait la prochaine publication, tombassent dans l'oubli : il a accompli un devoir, que l'on peut regarder comme sacré, en élevant à la mémoire de son savant ami un monument qui ne doit pas périr.

Xavier GOURAUD.

BULLETIN DES HOPITAUX.

CONTRACTURE HYSTÉRIQUE GUÉRIE PAR UNE INJECTION HYPODERMIQUE DE SULFATE D'ATROPINE. — Le 26 décembre 1865, on apporta dans le service de clinique de l'hôpital de la Charité une jeune femme de vingt-trois ans qui, disait-on, était paralysée depuis quinze jours. C'était une femme robuste, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, mais qui, depuis l'âge de dix-sept ans, à la suite d'une peur très-vive, était sujette à des attaques d'hystérie bien caractérisées, revenant deux ou trois fois par mois. Il y a quinze jours, elle se couche bien portante, éprouve dans la nuit quelques douleurs dans le bras droit, et le matin, au réveil, constate avec effroi qu'il lui est impossible de remuer le côté droit. Les jours suivants, la mobilité ne revenant pas, la malade se fait porter à l'hôpital.

Lors de son entrée, on constate qu'il ne s'agit pas ici d'une véritable hémiplégie, mais bien d'une contracture des membres supérieurs et inférieurs du côté droit. En effet, voici la position de la

malade : Elle est couchée dans son lit, ayant l'intelligence bien nette, répondant aux questions adressées, se servant de sa main gauche, et remuant très-bien la jambe de ce côté. Mais le membre supérieur droit présente l'attitude suivante : Le bras et l'avant-bras, rapprochés du tronc, sont dans une extension permanente qu'il est impossible de vaincre; le poignet est fléchi sur l'avant-bras, la main est tournée en dehors, et les doigts sont à demi fléchis dans la paume de la main, le pouce recouvert par eux. La malade ne peut imprimer aucun mouvement à ce membre. De même, la jambe et la cuisse sont dans l'extension, le pied est étendu, les orteils fléchis, recouvrant le gros orteil, mais recouverts par le petit orteil.

Les muscles du cou sont intacts, et la malade remue facilement la tête.

La surface cutanée de tout le côté droit du corps est le siége d'une anesthésie complète aux membres, au tronc et à la face; le contact, la douleur, la température ne sont plus appréciés. La malade accuse quelques soubresauts et des élancements douloureux dans les membres contracturés. L'état général est du reste satisfaisant.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, on lui fait à la partie externe de la cuisse droite une injection hypodermique de 6 gouttes d'une solution de sulfate d'atropine au trentième. Deux heures après, cette femme est en proie à un délire des plus gais, elle chante, elle rit; le soir, à cinq heures, les pupilles sont très-dilatées, mais le délire a disparu, et il n'y a pas de contraction du pharynx.

La contracture a disparu, la malade peut remuer son bras, se lever de son lit, et faire quelques pas en traînant la jambe. Le lendemain elle se promenait dans la salle, et deux jours après, elle quittait l'hôpital.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de l'obstruction des voies lacrymales par l'oblitération du sac. Quoique le mode de traitement proposé par Bowman et Weber contre les obstructions lacrymales soit reconnu, par le plus grand nombre des ophthalmologistes, comme généralement excellent, cependant, dans un certain nombre de cas, ceux particulièrement qu'accompagne une grande distension du sac, le résultat est loin d'être satisfaisant.

Depuis ces derniers dix-huit mois, M. Windsor a adopté un plan de traitement différent, dans les cas d'obstruction lacrymale compliquée de dilatation du sac, à savoir l'oblitération, au moyen du chlorure de zinc.

La méthode opératoire de M. Windsor est la suivante : Après avoir administré le chloroforme, ce qu'il fait

généralement, une longue incision verticale ouvre le sac de haut en bas, le contenu en est nettoyé, et de fines sondes d'argent sont introduites à travers les voies lacrymales, de façon à s'assurer de la position de leurs orifices dans la cavité. Le sac est alors bourré de charpie, et l'appareil renouvelé chaque jour. A la fin de la seconde ou de la troisième journée, un petit morceau de linge bien enduit de pâte de chlorure de zinc est introduit, avec soin, dans la cavité, de façon à entrer en contact avec toute sa surface interne; on le laisse là une heure environ. Cette application n'est pas sans produire une certaine sensation de douleur, et ultérieurement, dans quelques cas, amène une tuméfaction générale. L'escharre est éliminée en quelques jours, et, dans l'espace de quinze jours à trois semaines, la plaie est, en général, complétement guérie.

En suivant cette méthode de traitement, deux précautions sont d'importance essentielle. 1° Le sac doit être largement ouvert, de telle façon que toute sa surface intérieure puisse être mise en rapport avec le caustique; en effet, si une portion de la membrane muqueuse a été épargnée, une sécrétion s'ensuivra, et un abcès ou une tumeur peut en être la conséquence.

2° En appliquant le caustique, les lèvres de la plaie doivent être soigneusement évitées, autrement il y aurait cicatrice.

On peut naturellement se demander ce qu'il advient du liquide sécrété par la glande lacrymale. Sans doute, l'évaporation a lieu en une certaine mesure sur la surface de la paupière inférieure; mais quelque surprenant que soit le fait, il est certain que les malades traités par cette méthode se plaignent fort peu d'épiphora, et quelques-uns point du tout, excepté sous l'action du vent. (*Annales d'oculistique.*)

Traitement de l'hydrocèle par l'injection au sulfate de zinc. La teinture d'iode, pour le traitement de l'hydrocèle, s'est à ce point emparée de la place, que le moyen indiqué dans ce titre a quelque chance d'être regardé comme une nouveauté. Il est loin d'en être ainsi cependant; car, les anciens praticiens le savent bien, l'injection au sulfate de zinc est, au contraire, une de celles qui ont été abandonnées pour la teinture d'iode. Mais, dira-t-on peut-être, pourquoi en parler? Quelle utilité pratique y a-t-il à en rappeler le souvenir puisqu'elle paraît avantageusement et définitivement abandonnée? Simplement parce que, en thérapeutique comme en toutes choses, il n'est pas mauvais d'avoir plusieurs ressources au lieu d'une seule, et aussi parce qu'il est encore des chirurgiens qui trouvent l'injection au sulfate de zinc préférable, et qu'il peut être bon de connaître leurs motifs. Voici ce que dit à ce sujet M. Haynes Walton, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, de Dublin :

« L'injection dont je me sers pour la cure radicale de l'hydrocèle est une solution de sulfate de zinc dans la proportion de 3 grains pour 4 onces d'eau. Sans doute il est d'autres agents qui pourraient donner d'aussi bons résultats que le zinc; mais comme celui-ci répond à toutes les indications et à tous les besoins, je m'y tiens. Je sais que c'est un moyen passé de mode; il a été supplanté il y a plusieurs années par la teinture d'iode. Celle-ci, d'abord employée en applications locales, fut ensuite injectée dans les trajets fistuleux et les cavités suppurantes, et enfin dans la tunique vaginale pour la cure de l'hydrocèle. Ce dernier usage ayant été suivi de succès, on en vint à regarder l'injection à la teinture d'iode comme la plus sûre de toutes. Je reconnais que l'iode rend des services; mais l'effet n'en est pas infaillible; et, d'après mon expérience, il expose à plus d'insuccès que le sulfate de zinc, qui réussit à peu près constamment. Ce dernier, je dois le dire, suscite une inflammation plus vive et plus de douleur; mais cet inconvénient est compensé par une assurance plus grande de la guérison. L'injection se fait de la manière suivante : on commence par évacuer le liquide de l'hydrocèle, après quoi la solution au sulfate de zinc est poussée, à l'aide d'une seringue, à travers le trocart, dans la tunique vaginale, et y est maintenue jusqu'à ce qu'il se manifeste de la douleur dans les aines et les lombes, ce qui a lieu au bout d'environ cinq minutes; l'injection est alors évacuée. A la suite, s'il persiste une douleur intense, on administre un ou plusieurs lavements laudanisés ; le scrotum doit être soutenu au moyen d'un coussin placé entre les cuisses. Parfois, à la suite de l'opération, il survient de la rétention d'urine, et il y a lieu de recourir au cathétérisme. » Tels sont les avantages reconnus au sulfate de

zinc par M. Walton. Ramèneront-ils à cet agent un grand nombre de partisans? C'est ce que nous n'avons aucun sujet de croire, en France du moins, non pas toutefois à cause des accidents auxquels il peut donner lieu, car la teinture d'iode n'est pas, sous ce rapport à l'abri de tout reproche. Quoi qu'il en soit, il nous a semblé intéressant de faire connaître l'opinion d'un praticien expérimenté sur la valeur d'un moyen auquel nos prédécesseurs accordaient leur confiance. (*Med. Press and Circular*, oct. 1866.)

Coqueluche rapidement guérie au moyen d'injections hypodermiques de morphine. L'opium a été, comme on sait, fortement préconisé dans la coqueluche, et quoiqu'en général il produise dans cette maladie de moins bons effets que la belladone, il est incontestable qu'il y rend des services. Habituellement, c'est par la bouche qu'il est administré; mais il l'a été aussi, du moins les sels de morphine, par la méthode endermique, avec des avantages plus grands même, suivant l'avis de ceux qui ont eu recours à cette voie d'introduction. De cette méthode se rapproche celle des injections hypodermiques; et d'après ce que nous savons de cette dernière, il y a lieu d'être assuré que les résultats qu'on en peut attendre doivent être encore plus prononcés. Aussi est-il nécessaire, la coqueluche étant une maladie du jeune âge, de ne pas perdre de vue, d'une part, avec quelle activité se fait l'absorption des médicaments déposés dans le tissu cellulaire sous-cutané; et, d'autre part, à quel point l'organisme des enfants est impressionné par les préparations opiacées. C'est ce que montre bien le cas suivant, remarquable, du reste, par la rapidité de la guérison :

Anne Wilsan, âgée de trois ans, enfant forte et bien développée, fut prise, au commencement de janvier dernier, d'une toux qui, devenant de plus en plus intense, finit par présenter les caractères de la coqueluche. Les accès, chaque fois suivis de vomissements, devenaient plus fréquents la nuit, au point de la priver presque complétement de repos. Le 21 janvier, elle fut présentée à la consultation du docteur Beigel, à Metropolitan Free Hospital; on ne découvrit rien d'anomal dans la poitrine par la percussion ni l'auscultation, si ce n'est quelques râles du côté droit; du reste, appétit conservé, un peu de constipation. Injection sous-cutanée d'un douzième de grain (5 milligr.) d'acétate de morphine. Quelques minutes après avoir quitté la salle de consultation, la mère revint très-alarmée, disant que sa fille semblait morte : elle était profondément endormie. Dans la soirée, le sommeil ne cessant pas, les craintes de la mère s'accrurent encore; mais comme elle disait que l'enfant respirait librement et sans peine, on lui conseilla de la laisser dormir sans trouble. Le sommeil se prolongea jusqu'au lendemain matin. Au réveil, la toux reparut, mais sans être suivie d'inspiration sifflante. Le 27 janvier, la petite malade fut apportée de nouveau à la consultation, et on lui fit une seconde injection, à la suite de laquelle elle dormit huit heures; la nuit suivante, elle ne toussa que trois fois, et très-légèrement. Dès lors, la toux perdit tout caractère convulsif; il ne reparut plus de vomissements, l'appétit devint plus énergique, et le rétablissement ne tarda pas à être complet. (*Med. Press and circular*, juill. 1866.)

Cas de mort produite par l'ingestion habituelle de l'arsenic. Tout le monde connaît l'habitude qu'ont les habitants de certaines parties de l'Autriche d'ingérer chaque jour des doses assez élevées d'arsenic. Le fait suivant montre que cette habitude est loin d'être aussi inoffensive qu'on le croit généralement.

Le docteur Parker fut appelé, le 20 novembre 1862, auprès d'un homme bien constitué, âgé de trente ans, qui était en proie à des vomissements incessants, accompagnés d'une douleur vive à l'épigastre, que la pression augmentait notablement. Cet homme accusait une soif très-grande, et demandait constamment à boire de l'eau froide qu'il rejetait presque aussitôt. L'abdomen était distendu et offrait partout un son tympanique. Le pouls était à 110, régulier, mou et faible, la peau fraîche et humide. La physionomie exprimait l'anxiété; la face avait une coloration verdâtre; enfin, il n'y avait point de céphalalgie, et l'intelligence était intacte. Ces divers symptômes s'étaient déjà montrés trois ou quatre semaines auparavant.

Depuis environ quatre ans, séduit par ce qu'on disait des mangeurs

d'arsenic, il ingérait chaque jour une certaine quantité d'acide arsénieux. Il ne mesurait point exactement la dose, se contentant de prendre le poison avec la pointe d'un canif. Il éleva graduellement la dose dans les cinq derniers mois, et notamment dans les cinq dernières semaines, espérant ainsi se débarrasser de phénomènes dyspeptiques qui l'incommodaient beaucoup. La quantité d'acide arsénieux ainsi ingérée chaque jour aurait pu, dit-il, faire une pilule dont le volume eût été égal à celui d'une pilule de 6 centigrammes d'opium. Sous l'influence de ce régime, son teint, loin de devenir plus clair, était, au contraire, plus foncé; la respiration ne se faisait pas plus librement, et les forces musculaires n'avaient nullement augmenté.

Quant aux organes génitaux, ils paraissaient avoir été excités par l'arsenic.

L'ingestion du poison a été constamment suivie d'un goût métallique qui durait quelque temps.

Le traitement consista en l'administration de doses élevées et fréquemment répétées de nitrate de bismuth et d'opium. On fit, en outre, des fomentations térébenthinées. Le lendemain matin, les douleurs abdominales et les vomissements cessèrent; mais ils reparurent dans la soirée. Le 22, son état avait beaucoup empiré : le pouls était à peine sensible; peau froide; le malade ne pouvait supporter ni les aliments, ni les médicaments. On appliqua un vésicatoire à l'épigastre, et on injecta du bouillon dans le rectum; mais bientôt le rectum ne put rien retenir. Pendant ce temps, l'intelligence restait toujours très-nette. La quantité d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures se réduisait à quelques gouttes. Le 23, le malade succombait.

Bons effets de l'opium à l'intérieur dans un cas d'ulcère chronique très-douloureux du membre inférieur. La douleur porte avec elle-même une indication que les malades ne laisseraient guère oublier : mais, de plus, il y a lieu de remarquer que, dans certains cas, ce symptôme devient par lui-même une véritable complication qui prolonge la durée du mal, et qu'il est nécessaire d'éliminer afin d'obtenir la guérison. Cette remarque est vraie des affections aiguës, comme le sait tout praticien; elle l'est également des maladies chroniques, ainsi que le fait suivant en est un exemple :

Il s'agit d'une femme, âgée de cinquante ans, qui entra à Meath Hospital, dans le service de M. Porter, pour s'y faire traiter d'un ulcère de la partie inférieure de la jambe, dont l'existence ne remontait pas à moins de onze ans. Cet ulcère, de trois pouces de long sur deux de large, entouré de bords indurés, était blafard, sanieux, d'une grande fétidité; mais, surtout, il était le siége de douleurs excessives, qui privaient la malade de tout repos; aussi cette malheureuse était-elle pâle, faible, exténuée. Elle fut soumise à un repos absolu, condition qui, sans doute, était déjà de nature à soulager sa souffrance; des pansements furent faits avec une solution de chlorure de chaux, et de plus on administra, matin et soir, une dose d'extrait aqueux d'opium, d'abord d'un demi-grain, et puis un peu plus tard d'un grain chaque fois. Sous l'influence de ce traitement, le sommeil revint, et avec lui l'appétit et les forces, et l'on vit l'ulcère prendre rapidement un meilleur aspect. (*Med. Press and Circular*, juin 1866.)

Épilepsie syphilitique; guérison. Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans qui, depuis quelque temps, avait des crises d'épilepsie. L'intelligence s'affaiblissait, la mémoire diminuait, la céphalalgie était persistante. M. Diday interroge le malade au point de vue de la syphilis. Celui-ci répond qu'il a eu, il y a dix ans, un chancre à la verge, mais il ne sait pas au juste s'il a été dur ou mou. Poussant plus loin l'interrogatoire, M. Diday lui demande s'il a des taches sur le corps, des ulcères quelque part. Le malade se rappelle alors avoir eu, il y a trois mois, un ulcère à la verge. En effet, à la place de cet ulcère, se trouve une cicatrice qui est encore dure; mais il n'y a pas trace d'adénopathie dans les plis de l'aine. Malgré cette absence d'adénopathie, M. Diday conclut que le malade est sous le coup d'une syphilis qui peut remonter à trois mois environ, et se demande alors si l'épilepsie n'est pas sous l'influence de la maladie syphilitique. Il soumet son malade à l'iodure de potassium. Bientôt l'intelligence revient, la mémoire devient plus fidèle, et, au bout de deux mois de traitement, les crises ont disparu. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Traitement du choléra par les inhalations du chloroforme. L'emploi du chloroforme pour combattre le choléra n'est pas nouveau; car, dès 1849, nous avons publié quelques tentatives faites, à l'aide de ce médicament, par M. Brady, par M. Vernois, qui le faisait prendre à l'intérieur ; par M. Hill, qui le donnait en inhalations, même dans la période algide. Cette même substance paraît avoir été le principal agent mis à contribution, pendant la dernière épidémie, par un médecin distingué de Londres, le docteur Griffith, qui dit l'avoir précédemment employée avec succès dans l'Inde, et à qui nous empruntons les détails suivants :

La méthode que met en usage notre confrère anglais consiste à endormir le malade au moyen du chloroforme, et à le maintenir dans le sommeil chloroformique pendant quelque temps si cela paraît nécessaire.

C'est de bonne heure, le plus près possible de l'invasion, qu'il préfère commencer les inhalations, ou, au plus tard, quand la dépression des forces commence à s'accuser d'une manière sensible et que la période de collapsus est imminente; mais il n'hésiterait pas à y avoir recours même dans cette période pleinement confirmée. Ainsi, dans les cas où la gravité du mal n'arrive pas d'une manière graduelle, mais se montre tout de suite avec la plus grande intensité, il administre le chloroforme sans retard, sûr, dit-il, de procurer au patient un soulagement immédiat.

Dans les cas où M. Griffith a employé cette méthode de traitement, s'il y avait des crampes, elles ont été immédiatement apaisées; s'il y avait des vomissements, ils ont été tantôt diminués, tantôt complétement arrêtés; s'il y avait des coliques et une diarrhée violentes, elles se sont trouvées modérées; tandis que les fonctions du cœur se sont relevées, comme le faisaient voir et les bruits plus forts perçus à la région précordiale, et les battements plus énergiques, et le retour du pouls radial, et la disparition de la lividité de la face et des extrémités. A l'appui et en témoignage de ce qu'il avance, notre confrère rapporte le cas suivant :

G***, âgée de cinquante-cinq ans, garde-malade, souvent employée dans la clientèle de M. Griffith, et bien connue de lui, femme forte, robuste et active, le fait appeler le matin de bonne heure. A son arrivée dans la maison, il trouve la patiente en proie à des crampes excessivement douloureuses qui lui arrachent des cris, la face profondément altérée, la voix cassée, la peau froide et ridée, l'haleine glacée; vomissant tout ce qu'on essaye de lui faire prendre, et ayant les selles caractéristiques; en un mot, dans la période algide du choléra le plus intense. Immédiatement il la soumit à l'inhalation du chloroforme, et la maintint quelque temps sous l'influence de ce médicament. Lorsqu'elle sortit du sommeil chloroformique, les crampes avaient cessé, les vomissements ne reparurent pas, les selles se trouvèrent notablement diminuées. Le chloroforme fut continué à l'intérieur, suspendu dans une potion à l'aide d'un jaune d'œuf, avec addition d'une petite quantité de teinture d'opium : eau glacée pour boissn après chaque dose. Le deuxième jour la malade était en état de se lever. (*Med. Press and Circular*, août 1866.)

Anesthésie locale électrique pour l'extraction des dents. M. Pallas, interne-adjoint à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, a proposé dernièrement un procédé d'application de l'électricité à l'anesthésie locale pour l'extraction des dents.

Le manche des instruments ordinaires à l'usage des dentistes, clef de Garengeot, davier, pied de biche, est muni d'un bouton métallique mis en communication avec l'un des réophores de la machine de Graff. L'autre réophore est dans la main du patient.

Ce bouton métallique étant relevé par un ressort, le courant reste interrompu. Mais quand l'opérateur saisit le manche de l'instrument et fait effort pour vaincre la résistance de la dent, il presse nécessairement le bouton métallique et surmonte, sans avoir à y penser, la résistance du ressort; aussitôt le courant transmis par la tige de la clef ou les mors du davier passe à travers la dent, et le nerf dentaire se trouve anesthésié au moment même du déchirement, sans que l'opérateur ait à s'occuper d'autre chose que de la partie purement chirurgicale de l'extraction.

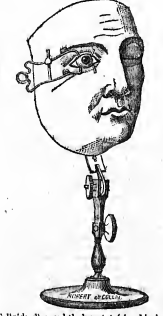
Bon nombre d'observations semblent démontrer l'efficacité de cet ingénieux moyen. (*Société médico-chirurgicale* de Bordeaux.)

Emploi de l'éther pulvérisé pour arrêter les hémorrhagies puerpérales. La pulvérisation de l'éther, à laquelle on a eu recours d'abord, dans le but d'amener l'anesthésie locale, ne déterminant cet effet qu'en vertu du froid qu'elle produit, ne pouvait manquer d'être utilisée comme moyen de réfrigération. Nous avons déjà vu un exemple de ce mode d'emploi dans le Répertoire médical de notre dernier fascicule. Il s'agissait, dans ce cas, de faciliter, au moyen de l'application du froid, la réduction d'une hernie étranglée. Voici aujourd'hui un nouvel exemple qui se rapporte à la pratique obstétricale. Chez une femme prise de métrorrhagie grave, à la suite de l'accouchement, à la maternité de Glascow, on eut l'idée de projeter de l'éther au moyen de l'appareil pulvérisateur sur la région hypogastrique. L'effet fut immédiat : l'hémorrhagie s'arrêta et l'inertie de la matrice fit place à une contraction permanente. Nous ne pouvons entrer dans les détails de ce cas, qui n'est que noté dans le journal auquel nous empruntons le fait. Mais ce que nous en disons suffit pour en donner une idée. (*Glasgow med. Journ.*, et *British med. Journ.*, 1er sept. 1866.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Appareil dit ophthalmofantôme. MM. Robert et Collin présentent à l'Académie un nouvel appareil dit ophthalmofantôme, construit pour exercer les élèves à faire des opérations sur les yeux. Cet appareil se distingue des autres par les caractères suivants, qui sont la mobilité des paupières, et la possibilité de les ouvrir et de les fermer. Dans l'exploration de l'œil, il est un temps préliminaire qu'on ne peut simuler avec les ophthalmofantômes ordinaires : ce temps consiste à ouvrir les paupières et à les maintenir écartées au moyen de divers appareils spéciaux. Notre invention consiste donc à adapter à l'ophthalmofantôme commun des paupières en caoutchouc qui sont fermées dans l'état de repos, et qu'on doit relever et maintenir ouvertes au moyen des ophthalmostats, avant de se livrer aux manœuvres opératoires sur des yeux d'animaux. Notons en outre que notre appareil est fait en caoutchouc durci, au lieu d'être en carton ou en métal.

Nous avons donc complété et perfectionné l'ophthalmofantôme ordinaire. Celui que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie donne non-seulement tous les mouvements de l'œil, mais encore ceux des paupières. Le dessin représente l'appareil dont deux des paupières sont écartées



à l'aide d'un ophthalmostat. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 27 octobre 1866, les soixante-deux médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés médecins aides-majors de 2e classe, pour prendre rang au 31 décembre 1866 :

MM. Robert, Kelsch, Michel, Monnier, Hellami, Corties, Remond, Eustache,

Doutet, Coulet, Guillemin, Isaac, Ditaudy, René, Percheron, Rochet, Mathias, Leclercq, Schindler, Bauer.

MM. Roeckel, Ferron, Labrevoit, Kiéner, Chabanier, Regnier, Perret, Massoutié, Lacrampe, Hinglais, Alibran, Soulbien, Tessier, Sabatier, Vieusse, Derozey, Kessler, Rapp, Ducourneau, Hintzy.

MM. Vivier, Abot, Feuvrier, Challan, Liénard, Echinger, Folquet, Vedel, Bar, Dissaux, Dubois, Roze, Charton, Salloir, Goux, Lescœur, Habn, Bargy, Bolard, Scovazzo, Huchar, Minzior.

Par décret du 8 novembre 1866, l'Empereur, sur la proposition de S. Exc. le maréchal ministre secrétaire d'État de la guerre, a confirmé les promotions et nominations faites à titre provisoire dans la Légion d'honneur, par le commandant en chef du corps expéditionnaire du Mexique, en faveur des officiers de santé dont les noms suivent, savoir :

Au grade d'officier : M. Maffre, médecin-major de 1re classe au 51e régiment d'infanterie de ligne, détaché à l'état-major du commandant en chef; chevalier du 25 juin 1859 : 24 ans de services, 19 campagnes. — A son instruction et à son expérience médicales, joint un zèle et un dévouement infatigables.

Au grade de chevalier : MM. Champenois, médecin-major de 2e classe : 11 ans de services, 11 campagnes. — Très-dévoué à ses malades, aussi instruit qu'habile.

Hatry, médecin-major de 1re classe : 15 ans de services, 9 campagnes. — Spécialement proposé après l'expédition du Michoacan, en 1866, et après la colonne du Nord.

Farine, médecin aide-major de 1re classe : 10 ans de services, 9 campagnes. — 5e proposition spéciale; médecin remarquable à tous égards.

Emery-Desbrousses, médecin-major de 1re classe, détaché à la contre-guérilla française : 7 ans de services, 5 campagnes, 1 citation. — Prend part à toutes les marches et à toutes les fatigues de la contre-guérilla, et se fait toujours remarquer par son zèle.

Par décret en date du 20 novembre, M. le docteur Bassolet, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Par décret impérial du 20 novembre 1866, sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin professeur : MM. le médecin principal Barthélemy, à Brest; et le médecin de 1re classe Barthélemy-Benoît, à Rochefort.

Au grade de médecin de 1re classe, les médecins de 2e classe : MM. Castillon, Doué (pour Toulon) ; Guerguil, Allanic, Gillet (Brest) ; Princeau (Cherbourg) ; Le Barzic, Vaillant, Marec (Brest) ; Dubois (Lorient) ; Le Coniat (la Cochinchine) ; Desgranges (la Guyane) ; Veillon, de Fornel (Rochefort) ; Thomas, Aubin (Toulon) ; Michel, Jean (Cherbourg) ; Bassignat, Geoffroy (la Cochinchine).

Au grade de médecin de 2e classe, les chirurgiens de 3e classe : MM. Mesny, aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine ; Gaubert (pour Brest) ; Roux, (Lorient) ; de Capdeville, Rit (Toulon) ; Peslerbe (Rochefort) ; Bizien (Brest) ; Foncervines (Rochefort) ; Hiblot (Toulon) ; Borgnis-Desbordes (Brest) ; Pichez (la Cochinchine) ; Silliau (Brest) ; Cresp (Toulon) ; Sallaud, aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine ; Dumay (le Sénégal) ; Hérail, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, Kermorgant, Le Dieu (Brest) ; Maurel, Chevalier, Aubert (Cherbourg) ; Lambert, aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine ; Reynaud, Buisson (la Cochinchine) ; Rébufat (la Guyane) ; Delacour (la Nouvelle-Calédonie) ; Baude, Lelandais (Cherbourg) ; Jardon (la Cochinchine) ; Sanquer, aide-major au 1er régiment d'infanterie de marine ; Coiron (la Guadeloupe) ; Chéreux (la Nouvelle-Calédonie) ; Borius (la Cochinchine) ; Béchon (le Sénégal).

Au grade d'aide-médecin, les élèves étudiants : MM. Zablocki (pour Brest) ; Gazet, Lors, Maget, Maurin (Toulon) ; Deschamps, Lecorre (Brest) ; Rit (Toulon) ; Kermorvant, Brémaud, Brun (Brest) ; Riche (Toulon) ; Chaillaux, Gaillard, de Fornel, Callière (Rochefort).

Au grade de pharmacien professeur : M. le pharmacien de 1re classe Coutance.

Au grade de pharmacien de 1re classe, MM. les pharmaciens de 2e classe : Morio, Roux, Garnault, Malespine.

Au grade de pharmacien de 2e classe, MM. les pharmaciens de 3e classe : Gautier, Cazalis, Cunisset, Heckel, Trouette, Lejeune, Roussel.

Au grade d'aide-pharmacien, les étudiants : MM. Picard, Gazagnes.

Par divers arrêtés ministériels :

1° Il y a lieu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de clinique médicale, vacante à la Faculté de médecine de Paris (2e chaire).

2° *École de médecine de Grenoble.* — Sont nommés, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble :

Professeur titulaire de pathologie interne, M. Michaud, professeur adjoint de ladite chaire ;

Professeur titulaire de pathologie externe, M. Berriat, professeur adjoint de ladite chaire ;

Professeur titulaire d'accouchements et maladies des femmes et des enfants, M. Rey, suppléant pour les chaires de chirurgie à ladite École ;

Chargé de l'enseignement de la physiologie, M. Corcelet, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles ;

Chargé du cours de clinique externe, en remplacement de M. Chanrion, en congé d'inactivité, M. Minder, chef des travaux anatomiques à ladite École ;

Chargé du cours de clinique interne, en remplacement de M. Robin, en congé d'inactivité, M. Buissard, docteur en médecine ;

Suppléant pour les chaires de clinique, en remplacement de M. Rey, appelé à d'autres fonctions, M. Allard, docteur en médecine ;

Suppléant pour les chaires de clinique (emploi vacant), M. Berger, docteur en médecine ;

Chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Minder, appelé à d'autres fonctions, M. Allard, docteur en médecine.

Par divers arrêtés ministériels :

Un congé d'inactivité jusqu'au 1er novembre 1867 est accordé, sur sa demande, à M. Schutzenberger, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. Kirschleger, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg (1re section), est maintenu en activité jusqu'au 1er novembre 1867, en remplacement de M. Schutzenberger.

M. Dourif, docteur en médecine, suppléant pour les chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques à ladite École, en remplacement de M. Leduc, appelé à d'autres fonctions.

M. Viallanes (Jacques-Joseph-Alfred), suppléant pour les chaires de thérapeutique et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur d'histoire naturelle et thérapeutique à ladite École, en remplacement de M. Fleurot, appelé à d'autres fonctions.

M. Aussant, professeur de pharmacie et toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de matière médicale et thérapeutique à ladite École, en remplacement de M. Pontallié, admis à la retraite.

M. Destouches, professeur adjoint (hors cadre) de matière médicale et thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie et toxicologie à ladite École, en remplacement de M. Aussant, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Gros a été nommé médecin en chef de la Compagnie du chemin de fer du Nord, en remplacement de M. Cahen.

M. le docteur Jules Worms vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital de Rothschild, en remplacement de M. Cahen, décédé.

Le docteur Ch. Fauvel a repris son cours public et clinique de laryngoscopie et de rhinoscopie samedi 17 novembre, à dix heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, de dix heures à midi, à son dispensaire, rue Visconti, 18.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THERAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du mode d'administration du sous-nitrate de bismuth et de son emploi thérapeutique.

Par le professeur Monneret.

Depuis l'époque où le sous-nitrate de bismuth a été, dans ce recueil, promulgué et étudié comme un de ces médicaments qui deviennent pour ainsi dire nouveaux, parce qu'ils sont employés dans un grand nombre de cas et à des doses presque inconnues, il a eu cette fortune inouïe d'être accepté franchement par le plus grand nombre, mais donné avec trop de circonspection par la plupart; il semble extraordinaire, aujourd'hui, qu'il faille revenir de nouveau sur les doses de ce médicament, et cependant, pour lui plus que pour aucun autre, tout est dans la dose : car nous montrerons tout à l'heure que nous ne savons pas encore aujourd'hui quel est son mode d'action. La longue expérience que j'ai acquise ne me laisse aucun doute aujourd'hui sur l'action du remède, qu'on peut dire proportionnée, en général, aux doses mêmes auxquelles on l'administre. Ce fait est tellement connu qu'il semblerait devoir être passé sous silence, si l'on ne voyait tous les jours des variations funestes sur ce point de thérapeutique. Il faut donc, avant tout, que nous cherchions à le fixer d'une manière définitive.

Nous avons dit et nous répéterons encore que, malgré les nombreuses hypothèses faites sur l'action du médicament, malgré les efforts tentés pour expliquer les vertus du remède, on ignore comment il agit. Les uns supposent qu'il se passe une action chimique incontestable entre la membrane muqueuse digestive et le sel de bismuth. Les autres, et je suis du nombre, n'y voient qu'une poudre inerte qui, pénétrant à une distance assez grande par les vaisseaux absorbants, crée jusqu'à un certain point une sorte d'épithélium qui protége les surfaces, gêne ou empêche l'absorption, retarde du moins beaucoup l'action des capillaires, et met peut-être les parties dans un repos salutaire. On peut donner, pour preuve de cette pénétration mécanique d'ailleurs, la présence du sous-nitrate que j'ai souvent poursuivi et recherché, après la mort, dans les conduits de l'intestin. J'ai même mis plusieurs fois à profit les derniers jours de la vie du sujet pour injecter les conduits de Lieberkuhn, quelquefois même d'assez fines villosités, qui dessi-

naient la texture des organes mieux que n'aurait pu le faire une habile injection préparée dans un amphithéâtre. Dans ce cas, en effet, la nature vivante travaillait elle-même à cette injection, qui se sulfurait et se colorait en noir, à l'aide des réactions chimiques qui se passent nécessairement dans l'intestin. J'ai vu ainsi l'appareil cripteux, les lacunes, conserver après la mort un aspect que l'œil, et mieux encore le microscope, savaient rapporter aux organes décrits par les anatomistes.

Nous avons rapporté ce fait pour montrer d'abord que le sel de bismuth ne reste pas aussi grossièrement appliqué que l'imaginent quelques auteurs, et que c'est dans la profondeur des organes que se forment ces combinaisons chimiques qui se passent entre les liquides ou les gaz en repos ou en circulation. Libre ensuite à chacun de supposer que l'action physique n'est pas aussi restreinte qu'on l'a supposé. Nous verrons plus tard que sur d'autres muqueuses, et ce qui est plus remarquable encore, sur la peau, l'action du bismuth se fait sentir à la longue jusqu'à une profondeur qu'on n'aurait pas imaginé d'abord.

Cette action, une fois déterminée, et sans vouloir préjuger en rien sa nature intime, on doit comprendre, et c'est ce point que nous voulions d'abord établir, de quelle importance extrême il est pour le thérapeutiste de donner les hautes doses.

Plusieurs cas se présentent à lui : 1° la surface qu'il se propose de modifier a une très-grande étendue; l'intestin est sans contredit l'organe qui nous offre l'exemple le plus saisissant. Or, nous le demandons, comment espérer qu'on pourra faire cesser une sécrétion normale, une diarrhée muqueuse, à plus forte raison une irritation ou une inflammation sécrétoire? Est-ce en mettant sur une surface qui a cinq fois l'étendue du corps de l'homme, 2, 3, 4, 6 grammes de sous-nitrate de bismuth? Personne ne pourra certainement soutenir *à priori* une pareille assertion; la pratique sera encore plus décisive; elle a montré des milliers de fois et montre, chaque jour, qu'en pareille occurrence le médicament n'agit pas et que l'insuccès tient uniquement à la dose. Je vois tous les jours des adultes, des vieillards auxquels on l'administre depuis huit, dix, douze jours, sans le moindre succès, et qui sont subitement guéris en vingt-quatre heures, par trois ou quatre cuillerées à café de sous-nitrate. Même nécessité d'agir si de grandes quantités de liquide ont été absorbées, si des produits sécrétés se renouvellent incessamment.

2° La maladie, quelle qu'elle soit, cachée à de certaines distances

dans l'intestin, ne peut être atteinte qu'après que le médicament a parcouru un autre espace, et par conséquent épuisé d'abord une partie de son action.

3° Il peut se faire enfin que, par suite de la fonction normale de l'organe, la matière médicamenteuse soit rapidement expulsée à mesure qu'elle lui arrive ; tel est, par exemple, le cas de l'intestin, et ceci me semble expliquer naturellement la nécessité grande où l'on est d'administrer, sous peine d'insuccès, le médicament à haute dose dans toutes les maladies de l'intestin grêle et du gros intestin. Les raisons physiologiques et thérapeutiques que nous venons d'examiner toucheront peut-être les praticiens et finiront par les convaincre de la nécessité d'agir de cette manière.

L'étude des hautes doses nous conduit naturellement à celle du mode de préparation du médicament. Il y a peu d'années que ce remède est dans la circulation, et déjà on a proposé un grand nombre de préparations, soit qu'on l'ait donné pur, soit qu'on l'ait associé à d'autres agents. Commençons d'abord par déclarer que le sous-nitrate de bismuth comporte peu d'associations, qu'il n'en est qu'une que nous restreindrons, dans un instant, à une forme particulière, et qui consiste dans l'addition de l'opium. Dans les autres cas, nous proclamons bien haut que la meilleure et la seule manière de donner ce sel consiste dans l'emploi d'une cuillerée à café de poudre finement pulvérisée, mise préalablement dans une cuillerée à bouche d'eau sucrée, ou mieux encore de bouillon, de soupe, de chocolat, en un mot d'un liquide qui fait partie de l'aliment dont le malade va se nourrir.

Il nous serait impossible d'indiquer un mode de préparation moins repoussant, plus facile à digérer, plus miscible aux aliments, plus capable en un mot de revêtir immédiatement et sans fatigue pour l'estomac la forme sous laquelle il doit traverser l'intestin. On pourrait croire que des difficultés plus grandes attendent le médecin lorsqu'il s'agit de le donner à un enfant qu'on allaite et même plus âgé. Dans le premier cas, l'opération la plus simple et la plus vulgaire consiste encore à le délayer dans une cuillerée d'eau, à le mettre par partie dans la bouche du petit malade, et à le faire têter longuement par-dessus ; ou bien à le mettre successivement dans les cuillerées de bouillie ou d'autres aliments que prend l'enfant. On a ainsi la ressource d'administrer à la fois le médicament et l'aliment.

Une autre préparation également simple et efficace et qui est trop peu recommandée, malgré l'indication fréquente qu'on en trouve

dans la médecine, surtout des enfants, est l'usage d'un lavement préparé avec 40 ou 60 grammes d'eau, dans laquelle on mêle une cuillerée à bouche, au minimum, de sous-nitrate de bismuth. Il en résulte une bouillie claire, facile à introduire au moyen de lavements ; il est rarement utile d'y associer une ou deux gouttes de laudanum. On peut revenir dans la même journée, à deux ou trois lavements administrés à cette dose, sans le plus petit inconvénient ; c'est même là un des effets merveilleux de ce sel, qui peut être manié souvent et à haute dose, dans la maladie des enfants, sans qu'il en résulte, nous ne dirons pas le moindre danger, mais le moindre malaise, et sans qu'il empêche de continuer l'alimentation. Nous ne saurions trop insister sur les avantages de cette pratique, parce qu'elle est la seule qui permette de nourrir les sujets, de ne pas interrompre le régime suivi, et pour les enfants ce fait est capital, parce que, suivant nous, le grand danger des maladies de l'intestin est de forcer le médecin à suspendre ou à diminuer la nourriture. Il en résulte, comme chacun le sait, une anémie et une émaciation qui causent trop souvent la mort.

On a pensé qu'il était utile d'associer le bismuth à des eaux aromatiques, à du sirop de sucre, à des féculés, pour en atténuer l'action ou le mauvais goût ; mais faisons remarquer que ce mélange n'est légitimé ni par l'une ni par l'autre raison. En effet, la saveur du médicament, s'il est bien préparé, est entièrement nulle ; une poudre sapide finit par fatiguer l'estomac, tandis que le bismuth seul peut être continué pendant plusieurs mois. Quant à l'action, pourquoi mêler une substance active à un médicament qui n'agit que comme poudre inerte et comme topique ? A plus forte raison nous blâmons la magnésie calcinée, qui a une action purgative très-marquée même à petite dose. Nous n'avons jamais compris le succès prodigieux des pastilles qui renferment à la fois le sous-nitrate de bismuth et la magnésie ; l'un : destiné à arrêter la sécrétion des liquides, l'autre, au contraire, à la provoquer ; l'un est purgatif, l'autre est un antidiarrhéique ; jamais action plus contradictoire, plus antipathique n'a existé entre deux agents de la matière médicale. Nous avons souvent lu avec soin la relation des succès obtenus à l'aide de ce médicament complexe, et il nous est impossible de comprendre les prétendues curations obtenues de la sorte, à moins d'imaginer une de ces actions substitutives si communes dans la pratique, et qu'il est inutile d'aller demander d'ailleurs à un médicament qui se trouve singulièrement compromis dans ce mélange. Pour notre part, nous n'avons jamais trouvé une seule indication pour un médica-

ment de ce genre. Nous repoussons, à plus forte raison, l'association du calomel et du sous-nitrate de bismuth.

Quant à l'usage simultané du sous-nitrate de bismuth et de l'opium, il est usité dans les maladies de l'estomac ou de l'intestin qui ont pour symptômes, dans le premier cas, la gastralgie, et dans le second, l'entéralgie, la diarrhée et la pneumatose. Ces symptômes méritent qu'on s'y arrête, car ils sont très-communs dans un grand nombre de maladies, soit protopathiques, soit deutéropathiques. Les médecins sont consultés souvent pour les faire cesser; ils ont recours alors au sous-nitrate et à l'opium. Nous avouerons franchement que, dans les gastralgies, c'est-à-dire toutes les fois que la dyspepsie, quelle qu'en soit la cause, s'accompagne de douleurs à une phase quelconque de la digestion, il ne nous est arrivé que très-rarement et pendant un temps très-court et très-passager, de calmer la dyspepsie à l'aide de ce sel mêlé à l'opium. Sans doute, le premier absorbe quelques gaz, en arrête et en modère la sécrétion; le second apaise la contraction gastrique et va surtout exercer sur le système nerveux cérébral son action sédative; mais ces effets ne durent pas, et d'ailleurs tout se borne, en réalité, aux effets de l'opium; le sous-nitrate n'y a qu'une part très-secondaire et très-contestable. La preuve en est pour moi dans l'inefficacité du remède lorsqu'on l'administre seul, à petite ou à haute dose, d'une manière continue ou réfractée. Aussi, lorsque j'ai séparé l'action de ces deux médicaments, ai-je toujours vu celle du sous-nitrate vaine et inutile. J'y ai renoncé depuis longtemps, et c'est à tort qu'on a supposé que je conseillais ce médicament dans les maladies gastriques; je me suis déjà expliqué très-nettement sur ce point, et le grand nombre d'affections que j'ai traitées depuis n'a fait que corroborer mon opinion. Il n'en est pas de même de l'opium et des gouttes noires anglaises, mais ce n'est pas le lieu de nous expliquer sur ce sujet.

Les entéralgies diarrhéiques sont avantageusement modifiées par l'opium et le sous-nitrate; ici, en effet, se trouvent exactement formulées par la nature et les symptômes, en quelque sorte, les indications thérapeutiques des deux médicaments. L'opium calme les douleurs causées par l'irritation, le bismuth remplit son office accoutumé; aussi est-ce particulièrement dans les diarrhées chroniques, dans celles des pays chauds et, surtout, dans cette forme névrosthénique qu'on observe chez les chlorotiques et les hystériques, dans les maladies diathésiques, chez les personnes affaiblies et atteintes de quelque affection morale, etc., qu'il remplit bien ses indications.

Partout ailleurs, nous le répétons, le sous-nitrate doit être employé comme un de ces médicaments précieux qui n'agit qu'à la condition qu'on en redoute moins les effets, qu'on en élève plus les doses et surtout qu'on l'associe aux aliments. C'est, en effet, un spectacle curieux sur lequel l'attention doit être attirée; tandis que les autres remèdes se mêlent difficilement aux substances alimentaires qui en atténuent, en neutralisent, et parfois même en rendent dangereux les effets, celui-ci, au contraire, ne perd aucune activité; il s'unit aux aliments pour venir occuper sa place spéciale sans gêner, à son tour, l'absorption des matériaux nutritifs.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que du médicament en lui-même, c'est-à-dire de ses doses et de sa préparation; sans vouloir pénétrer dans l'exposition minutieuse et intéressante des cas morbides dans lesquels on l'a employé, nous devons dire qu'aujourd'hui son usage s'est généralisé à un degré extrême, et nous croyons être utile aux médecins en leur montrant toutes les applications qu'on en a faites successivement.

C'est d'abord, comme nous l'avons dit, sur la membrane muqueuse digestive qu'on l'a employé comme topique, mais bientôt toutes les divisions et subdivisions des canaux qui se rendent aux viscères et qui sont accessibles à la pénétration de cette poudre ont été le siége d'applications bismuthées. On a vu ainsi la membrane muqueuse nasale, celle de la bouche, du pharynx et de l'anus devenir le siége de l'emploi méthodique du médicament, et pour résumer mieux encore le nombre et la nature des actes morbides dont la guérison a été observée par les auteurs, nous rappellerons que l'érythème, l'inflammation, les sécrétions normales et morbides, les pertes de substance, surtout dans leur forme aiguë et chronique, ont été modifiés, d'une façon inespérée, par le sous-nitrate. Personne n'ignore que les flux séreux du nez, l'ozène, l'otorrhée s'arrêtent et guérissent d'une façon merveilleuse, lorsqu'on place cette poudre sur les surfaces exhalantes. Un fait moins connu est celui qui consiste à arrêter les hémorrhagies par l'emploi de ce médicament; il est d'une telle importance que nous croyons devoir nous y arrêter.

On sait combien d'épistaxis, soit par cause locale, soit liées à un état du sang ou du solide, se manifestent dans un grand nombre de maladies, la fièvre typhoïde, la phthisie pulmonaire, dans un certain nombre de cachexies paludéennes ou autres, de maladies du foie, etc., etc. Rien ne peut arrêter souvent ce flux sanguin et il faut recourir à des manœuvres pénibles, telles que le tamponnement,

qui gêne la déglutition et la respiration. Quoi de plus simple que de recourir au bismuth qui nous sert, tous les jours, dans notre salle d'hôpital, pour faire cesser les épistaxis sans qu'il soit nécessaire de recourir à un autre moyen? Une simple prise de poudre plusieurs fois répétée et administrée par la sœur hospitalière suffit pour arrêter cet accident.

Mais cet effet n'est rien encore en comparaison des services que rend le même remède dans les hémorrhagies intestinales, si graves et parfois si funestes, de la fièvre typhoïde. On a employé successivement pour les suspendre, quelle que fut la cause qui les provoquait, les préparations astringentes telles que le perchlorure de fer, le ratanhia, le tannin et les acides minéraux. Les médecins des hôpitaux savent que ces remèdes font malheureusement défaut dans la plupart des cas; ils offrent, en outre, l'inconvénient d'être mal supportés.

Rien de plus simple, au contraire, et de plus efficace que l'emploi de la poudre de bismuth dans le traitement de l'hémorrhagie intestinale. On fait prendre, d'heure en heure, car il n'y a pas de temps à perdre, une petite cuillerée à café du sel délayé dans une grande cuillerée d'eau; l'intestin se charge ensuite de l'étaler graduellement, par un mouvement péristaltique, sur toute la surface de la muqueuse. Ainsi se trouvent obturées d'une manière mécanique la perte de substance ou la surface exhalante qui donne issue au liquide sanguin. Il ne faut jamais négliger de recourir en même temps aux applications froides et glacées. Nous avons eu la satisfaction de voir arrêter, par l'action seule de ce remède, des hémorrhagies intestinales qui, selon toute probabilité, se seraient terminées par la mort. Nous dirons plus, depuis cinq années que nous avons songé à employer régulièrement le sous-nitrate de bismuth dans la fièvre typhoïde, nous n'avons pas encore perdu un seul malade d'hémorrhagie intestinale; nous continuons à leur donner des aliments, de l'eau, du vin, et en soutenant ainsi les forces des malades, nous avons contribué à leur fournir les moyens de sortir avantageusement d'une lutte où ils sont souvent exposés à périr. C'est donc avec confiance que nous recommandons ce traitement, qui peut être administré facilement et efficacement, pourvu qu'on le donne à doses assez élevées. On l'ajoute en lavement, s'il est permis de supposer que le gros intestin participe à l'altération. Il ne faut pas omettre non plus de nourrir les malades, et de combattre ainsi les effets débilitants que l'altération et la perte de sang doivent faire redouter.

Cette thérapeutique a surtout un grand succès et doit être dirigée de cette manière, dans tous les cas où l'intestin est le siége de maladies qui produisent des hémorrhagies chroniques ou de fréquentes récidives d'un flux intestinal.

Nous l'avons administré avec le plus grand succès chez des malades atteints d'ulcère chronique de l'estomac. L'extrait aqueux d'opium qu'on lui ajoute, et qui est toujours un précieux adjuvant, n'empêche pas l'appétit de persister, et d'ailleurs on a tout intérêt à le satisfaire, afin de prévenir le marasme. On se trouve donc bien d'employer le sous-nitrate de bismuth, parce qu'il agit comme médicament précieux, et sert de passe-port aux substances alimentaires qu'exigent parfois si impérieusement les malades. En pareil cas, il ne faut pas hésiter à donner régulièrement tous les jours au moins quatre cuillerées à café du sel. Cet agent, loin d'irriter l'estomac, comme l'ont supposé gratuitement quelques personnes, calme presque à coup sûr les douleurs gastralgiques, en même temps qu'il sert de protection à la membrane interne altérée et permet sa cicatrisation.

Nous avons été consulté plusieurs fois pour des ulcères hémorrhagiques, tantôt simples, tantôt cancéreux, et nous avons toujours été conduit à conseiller les hautes doses de bismuth, parce que les praticiens ne le donnaient ni en quantité suffisante ni surtout à dose assez prolongée. Nous insistons sur ce dernier point; il semble à quelques malades, et même à quelques médecins, qu'on ne doive pas se servir longtemps du bismuth. Cette opinion est tout à fait contraire à la vérité. Mêlé aux aliments, il assure la guérison, prévient les rechutes et doit servir pour ainsi dire de *condiment thérapeutique* pendant plusieurs mois.

Quoique nous regardions comme incurables, ainsi que tous les médecins, les ulcères cancéreux et les hémorrhagies qui en proviennent, quelquefois même ceux qui sont amenés par une vieille cachexie paludéenne qu'on n'a pas réussi à guérir, cependant nous trouvons à l'emploi du sous-nitrate de bismuth, dans des cas pareils, toute sorte d'avantages. On peut alimenter les malades, reconstituer leur sang, diminuer, dans tous les cas, l'intensité des anémies consécutives qui peuvent à elles seules emporter les sujets; le sous-nitrate de bismuth est dans tous ces cas le passe-port obligé de l'aliment. Nous ne saurions citer le nombre des sujets chez lesquels il rend tous les jours ce signalé service; il y faut voir un moyen puissant de donner aux fonctions digestives une intensité suffisante pour qu'elles puissent diminuer d'abord

l'anémie, et celle-ci, à son tour, améliorée, les forces dont disposent l'organisme et le médecin servent à la résolution d'un grand nombre de maladies.

Nous avons parlé trop rapidement de la fièvre typhoïde pour ne pas y revenir encore. *A priori,* nous aurions pu nous promettre un grand succès de ce médicament contre la lésion intestinale typhique; car les ulcérations sont heureusement modifiées par la présence du sous-nitrate, et préservées du contact irritant des matières intestinales. Cette heureuse influence ne saurait être contestée dans un grand nombre de cas. Nous sommes certain que le ballonnement du ventre, la douleur, le peu de durée des lésions intestinales sont dus, en grande partie, au sous-nitrate et qu'on peut en tirer bénéfice chez un grand nombre de sujets; il agit aussi bien et même mieux que les remèdes auxquels on a attribué pendant longtemps la propriété d'absorber les gaz et surtout de rendre moins fétides les liquides intestinaux; nous nous sommes assuré souvent que le sous-nitrate de bismuth leur ôte plus sûrement leur fétidité que ne le font les chlorures et le coaltar plus ou moins associé à d'autres agents de désinfection. Mais à quoi peut servir cette médication locale? Nous le demandons à ceux qui reconnaissent avec nous dans la fièvre typhoïde une pyrexie, une maladie générale dans laquelle l'altération des fluides, l'altération du sang, les troubles du système nerveux jouent un rôle bien autrement important que le font les désordres intestinaux. Du reste, nous conseillons aux médecins, qui observent la fièvre typhoïde sous forme sporadique plus encore que sous celle épidémique, d'administrer le sous-nitrate dans tous les cas que nous venons de spécifier et dans d'autres que la pratique leur suggérera. En résumé, dans cette maladie le bismuth agit souvent comme topique, absorbant et antiseptique local, mais n'a aucune influence sur la durée de la maladie.

Nous avons suffisamment parlé, dans d'autres Mémoires, des maladies dans lesquelles les flux intestinaux se modifient, cessent ou s'arrêtent par l'emploi du bismuth, nous voulons cependant y revenir encore; nous signalerons seulement un fait qui n'a pas encore attiré l'attention. Quand la diarrhée est le résultat d'une lésion locale, d'une inflammation chronique des follicules ou des villosités, on réussit presque toujours à guérir le flux par de hautes doses de sous-nitrate; il n'en est plus de même lorsque ce même flux est le résultat d'un état diathésique qui reproduit incessamment le flux diarrhéique; sa cause est alors ailleurs et plus loin

que dans l'intestin; et alors le trouble fonctionnel persistera tant que cette cause existe. Aussi voyons-nous le dévoiement résister à ce remède chez un grand nombre de phthisiques arrivés au dernier terme, chez des scrofuleux et même des rhumatisants chroniques. Un diabétique se trouve dans le même cas. Il en est de même chez la femme grosse dont le trouble nerveux se traduit par une diarrhée séreuse. Nous ne prétendons pas qu'il faille exclure le sous-nitrate du traitement de ces diarrhées, on peut l'essayer quelquefois avec succès, mais il échoue souvent, et il est utile de le savoir.

Nous arrivons à l'emploi moins usité et moins connu du sous-nitrate dans le traitement des affections utéro-vaginales. Nous nous en sommes occupé depuis bien des années, et nous sommes surpris qu'au milieu des médications externes nombreuses, qui sont journellement conseillées, l'emploi de cet agent n'ait pas fait le sujet de recherches spéciales. Sans parler de chaque maladie utérine en particulier, il faut cependant établir d'abord que les inflammations même aiguës du vagin et du col ne contre-indiquent pas l'emploi du médicament; c'est même pour nous un moyen précieux de séparer l'utérus des liquides irritants qui baignent trop souvent le vagin. Pour obtenir ce but, nous étendons une couche assez épaisse de ce sel, au moyen du spéculum, sur toute la membrane interne, et nous répétons cette opération tous les deux jours en prescrivant, chaque fois, une injection et un bain. Cette poudre sera projetée jusqu'au fond du spéculum, dirigée avec un pinceau, et le spéculum retiré doucement en entraînant avec lui une couche suffisante de sous-nitrate. La malade doit rester étendue deux à trois heures pour que la poudre s'étale complétement. Si l'écoulement vaginal est trop abondant les premiers jours, le pansement sera rapproché, ou éloigné, au contraire, à mesure que la leucorrhée diminue. Les deux actes morbides sur lesquels le médicament exerce rapidement son action sont la douleur et la sécrétion. Toutes les deux diminuent, mais, suivant le temps et la durée de la congestion, la rougeur a plus de peine à diminuer et à disparaître.

Quand le col utérin offre la lésion connue sous le nom de métrite granuleuse chronique, quand l'ulcération remonte assez loin et provient de l'état puerpéral, quand l'utérus touche la paroi du vagin sur laquelle il est plus ou moins renversé ou appliqué, on procède de la même façon avec la poudre de sous-nitrate dont on fait un lit plus ou moins épais. Presque toujours j'ai associé les cautérisations avec le nitrate d'argent afin de dessécher les surfaces. Plus souvent

encore j'ai recours aux cautérisations rapides et superficielles au moyen du fer rouge. J'y trouve l'avantage de modifier vite et complétement le travail morbide qui se passe sur la membrane. On conçoit que la guérison est plus ou moins prompte suivant la profondeur du ramollissement ulcéreux et l'étendue des végétations épithéliales qui s'y reproduisent sans cesse. Il faut, en médecine, et surtout dans le traitement des maladies qui lèsent profondément les tissus, telles que celles de l'utérus, des observations nombreuses avant de se prononcer sur l'efficacité d'un remède qui est nouveau, puis encore il faut user de circonspection dans la thérapeutique si exploitée des maladies utérines; aussi ne voulons-nous rien assurer de décisif ; mais nous dirons qu'entre toutes les médications proposées, celle qui est apportée par les deux agents auxiliaires que nous venons de citer est la moins douloureuse, la plus commode, et souvent suivie d'une amélioration rapide. D'abord, l'écoulement est toujours diminué et modifié dans sa quantité et sa qualité ; les parties perdent de leur odeur, l'irritation vaginale et vulvaire diminue. Chose remarquable, ce traitement n'apporte aucune modification au retour et à la quantité des menstrues. La poudre de bismuth ne fait pas obstacle au cours du sang ; les douleurs du bas-ventre ne se sont jamais manifestées après le pansement. La sensation de chaleur cesse et les malades se trouvent soulagées; plusieurs se livrent à des travaux qui auparavant leur étaient pénibles. Je n'ai pu savoir encore quelle était la durée exacte du traitement et de la guérison. Les observations recueillies par les élèves ne sont ni assez nombreuses ni assez concluantes, pour que je puisse faire autre chose que de conseiller aux médecins de mettre en pratique cette médication ; elle n'est point fatigante; elle apporte beaucoup de propreté, et est facile pour les malades. Quant aux métrites suraiguës, accompagnées de douleurs vives s'irradiant dans le petit bassin, la poudre les calme d'une façon très-sensible; nous nous sommes assuré de ce fait un grand nombre de fois. Le sous-nitrate agit alors sur ces phlegmasies comme il se comporte avec celle de l'intestin et de la peau, ainsi que nous le verrons plus loin. Rappelons enfin que l'erythème que fait naître la leucorrhée sur les cuisses et autour de l'orifice vaginal se calme très-vite lorsque la surface enflammée est recouverte par la poudre de bismuth.

Nous avons voulu voir, sans espérance de succès bien entendu, quels services pourrait rendre ce médicament dans toutes les formes si fréquentes du cancer utérin, et, pendant les premiers mois, nous avons obtenu une modification heureuse, mais passa-

gère, sous l'influence des pansements méthodiques quotidiens. Lorsque les liquides sont abondants et fétides, il faut un pansement matin et soir et une quantité abondante de poudre pour absorber les liquides, pour désinfecter surtout les surfaces imprégnées de matières putrilagineuses et de sang. Bientôt les douleurs diminuent, les plaies se nettoient, prennent même un aspect meilleur et pour un moment la malade se croit en voie de guérison ; parfois même, on pourrait, si l'on ne connaissait pas la situation de la malade, se bercer d'un vain espoir en voyant les sécrétions se tarir, les surfaces ulcérées se modifier ; mais cette amélioration ne dure pas plus de deux à trois mois. Nous avons vu, dans deux cas, cet heureux changement durer pendant six mois, à tel point que nous croyions avoir commis une erreur sur la nature de l'affection.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans dire encore que les leucorrhées sont toujours heureusement taries, le plus grand nombre même guéries, mais le plus souvent après un traitement fort long, et pourvu qu'elles ne tiennent pas à un état général ni à une maladie spécifique. Quoique cette partie de la pathologie reste souvent obscure chez les femmes, il faut se souvenir que les fausses couches, l'état puerpéral, les violences en sont souvent l'origine, et qu'on ne peut indifféremment appliquer à toutes le traitement local dont nous venons de parler, avant de déterminer les causes probables qui ont amené la leucorrhée.

On sait que le bismuth est entré dans la thérapeutique des organes génitaux de la femme et de l'homme après l'emploi que nous avons commencé à en faire vers 1850 ; plusieurs de nos élèves se sont chargés du soin de faire connaître cette méthode de traitement dans leurs dissertations inaugurales et même dans ce recueil (¹). Du reste, cet agent est tellement tombé dans le domaine public, que son usage est devenu général et même extra-médical. On l'emploie en injections contre les blennorrhagies de l'homme et de la femme. Rien, en effet, de plus facile à employer que ce médicament, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient. Son action dans la blennorrhagie est une preuve de plus en faveur de sa parfaite innocuité lors même qu'on le place sur une surface enflammée. Bien que, chez certains malades nerveux et irritables, l'injection détermine quelques douleurs, on peut dire qu'en général l'action prolongée de l'eau bismuthée est bien supportée ; il n'agit même

(¹) Caby, *De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la blennorrhagie et de la leucorrhée chronique* (*Bull. de Thérap.*, t. LV).

bien et sûrement qu'à la condition d'un contact aussi prolongé que possible avec la muqueuse de l'urètre, huit à dix minutes par exemple. Ici nous retrouvons encore les effets déjà connus du sel, qui, une fois le liquide qui lui servait de véhicule expulsé, reste encore en contact avec la muqueuse urétrale qu'il tapisse. On conçoit ainsi pourquoi, à l'inverse de chez l'homme, il est plus facile de combattre la vaginite et la vulvite. En effet, chez la femme, le médicament reste longtemps appliqué, si l'on sait employer la poudre suivant les règles prescrites. Il va sans dire que la blennorrhagie de l'urètre n'est plus aussi facilement curable que chez l'homme. Nous ne voulons pas dire que ces injections soient constamment suivies de succès. Quel est le remède qui guérit sûrement la blennorrhagie? Mais comme nous avons obtenu un nombre considérable de guérisons chez des hommes soigneux et persévérants, atteints d'urétrite chronique, qui avaient été traités de toutes les façons, nous croyons que ce traitement mérite la préférence. Peut-être est-il plus prudent, dans les formes très-aiguës, d'attendre que l'inflammation soit calmée, avant de commencer les injections.

Dans les cas où l'on veut attaquer les blennorrhagies chroniques qui font le désespoir de la thérapeutique, il faut l'employer de la manière suivante : pour la portion directement accessible à la poudre, on l'introduit en quantité suffisante pour couvrir la surface rougie et sans crainte d'accidents; lorsqu'on a la certitude que cette portion de l'urètre a été attaquée et guérie, on introduit aussi loin que possible, avec une sonde, une bouillie épaisse de bismuth. Ce procédé opératoire n'offre aucun inconvénient.

Faisons, en terminant, une remarque utile; toutes les fois qu'on manie le sous-nitrate de bismuth, il faut en employer chaque fois une quantité fraîche qui n'a pas encore été délayée; on évite, ainsi que l'a remarqué un habile chirurgien militaire, une action irritante qui paraît due à l'acidité que peut acquérir la liqueur du matin au soir.

La peau est un des organes qui devaient se prêter le mieux à toutes les applications du bismuth; ses maladies n'ont pas tardé, en effet, à devenir, de la part des chirurgiens et des médecins, le sujet de nombreuses études. On l'a prescrit avec succès toutes les fois qu'il est utile :

1° De combattre une phlegmasie trop vive;

2° De diminuer une sécrétion pathologique.

Parmi les maladies dans le cours desquelles nous l'avons souvent expérimenté dans les hôpitaux, nous citerons les varioles confluentes

graves, dans lesquelles la peau presque entière devient le siége d'une suppuration fétide, repoussante, copieuse; dans lesquelles le derme fendillé, mis à nu, suinte et fait éprouver des douleurs intolérables, le jour et la nuit. Nous avons arraché à une mort certaine plusieurs sujets ainsi affectés, en répandant sur toute l'étendue de leur lit une couche de poudre de bismuth fréquemment renouvelée, qui permettait à ces malheureux de se mouvoir, sans de trop vives douleurs, et favorisait la cicatrisation du derme. Le même soulagement a été produit dans un cas de pemphigus grave et chronique, qui s'est, du reste, terminé par la mort, comme la plupart des maladies de ce genre.

C'est surtout dans les longues et interminables suppurations de l'eczéma chronique, dans les escharres typhoïdes du sacrum, dans toutes les plaies cachectiques et sanguinolentes que l'on observe après le typhus et les maladies adynamiques, etc., que nous avons vu avec étonnement la cessation des douleurs locales, et bientôt des désordres généraux dont tout nous faisait craindre l'issue fatale. Souvent aussi nous avons sauvé des sujets prostrés chez lesquels des piqûres de sangsues, les ulcères scorbutiques, les plaies puerpérales ne pouvaient guérir, principalement sur le sacrum, les trochanters et les jambes; d'une autre part, nous savons que des chirurgiens emploient le bismuth dans des affections de nature analogue, ainsi dans les brûlures interminables qui fournissent une longue suppuration, dans les plaies scrofuleuses, etc.

Dans les érysipèles, j'en ai constaté les bons effets.

Nous traitons de la même manière les plaies si douloureuses de l'herpès zona, de l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu, toutes les érosions qui se forment sur les diverses parties du tronc chez le nouveau-né cachectique. Cette poudre nous a paru non-seulement remplacer d'une manière avantageuse l'amidon, mais ajouter encore, sans que nous sachions pourquoi, à l'action isolante qu'elle possède comme les autres. Tels ont été ses effets dans l'intertrigo des seins, des cuisses, chez les personnes grasses, qui restent longtemps couchées et dont les tissus sont irrités par des matières âcres ou par un séjour prolongé dans le lit.

Nous devons, en terminant, recommander l'usage de la poudre de sous-nitrate de bismuth d'une manière générale, dans tous les cas où il s'agit d'isoler une surface malade d'une partie saine, toutes les fois que le contact doit être prolongé et qu'il existe une phlegmasie. On sait, du reste, que le collodion, les toiles imperméables, les enduits caoutchoutés, les vernis ont été

souvent préparés et employés dans ce but. Aucun d'eux ne nous paraît aussi commode que l'enduit temporaire créé par le bismuth : il se prête facilement aux mouvements des surfaces, permet aux liquides sécrétés de s'écouler ; mais ce qui est bien plus important, c'est de voir cette poudre agir non-seulement comme absorbant sur les liquides, mais encore comme désinfectant, et alors exercer une action chimique de la plus haute importance. Elle se combine comme une base avec les liquides acides, les gaz de la putréfaction et un grand nombre de liquides mal connus qui viennent former avec lui des corps nouveaux. Le sulfure de bismuth est le composé le plus ordinaire, que nous trouvons si facilement toutes les fois que le sel traverse l'intestin ou baigne dans les liquides animaux chargés de gaz.

Que de fois n'avons-nous pas vu, ainsi que nous l'avons fait remarquer, le bismuth se sulfurer et noircir, lorsqu'il était entraîné par des matières intestinales, purulentes, septiques, qui perdaient alors leur odeur insupportable et leurs propriétés nuisibles !

Le praticien doit avoir présentes à l'esprit toutes les indications curatives que nous avons rapidement retracées dans ce travail, il doit faire, en quelque sorte, du bismuth un agent facile à manier dans un grand nombre de maladies ; il ne doit jamais cesser d'en avoir des quantités notables à la disposition de ses malades. Il se présente à chaque instant quelque application utile de ce médicament, qui doit lui servir à la fois, à l'extérieur comme moyen de pansement, et à l'intérieur comme moyen d'isoler les surfaces, sur lesquelles il pourra plus tard diriger d'autres remèdes.

En résumé donc, le sous-nitrate de bismuth, tout en n'agissant que d'une façon négative et comme simple médicament isolant n'en est pas moins un agent précieux, parce qu'il dispose les muqueuses à absorber plus activement et plus sûrement des remèdes dont l'action était incertaine.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement du cancer par les injections d'acide acétique.

Lorsque la méthode des injections hypodermiques fit son apparition, nous n'hésitâmes pas à prédire le brillant avenir qui lui était réservé, et aujourd'hui qu'elle est d'une pratique vulgaire, nul ne lui refusera une utilité incontestable.

Mais une nouvelle surprise nous était réservée, et cette fois encore elle nous arrive de l'Angleterre. C'est l'application de cette méthode au traitement du cancer.

Depuis quelque temps les journaux anglais sont remplis de communications sur un *nouveau traitement du cancer par les injections d'acide acétique*, et, comme les premières tentatives ont été faites par des médecins des plus recommandables, et que des faits sinon probants, du moins très-encourageants, ont été publiés, nous croyons utile de mettre nos lecteurs au courant de cette question qui peut avoir une grande importance.

C'est au docteur Broadbent qu'appartient l'honneur d'avoir trouvé l'application pratique de cette méthode; car d'autres médecins avaient déjà songé à injecter des liquides plus ou moins caustiques dans les tumeurs cancéreuses, entre autres les docteurs Simpson et Moore [1]; ce dernier notamment qui, dans le cours de l'année 1865, tenta des injections avec des solutions de chlorure de zinc et de sulfate de cuivre, mais fut forcé d'y renoncer à cause de la douleur violente qu'elles déterminaient; tandis que le docteur Broadbent, se fondant sur les expériences de M. Barclay [2] et sur les siennes propres, proposa d'emblée l'emploi de l'acide acétique.

Dans un travail lu [3] à la dernière réunion de l'association médicale britannique, M. Broadbent expose ainsi les raisons qui l'ont engagé à essayer ce liquide :

1° Cet acide ne coagule pas l'albumine, il doit par conséquent se répandre dans les tissus malades : son action n'est pas limitée et ne se borne pas aux points injectés;

2° Sa pénétration dans les voies circulatoires n'est pas dangereuse; on n'a à redouter ni l'intoxication, ni l'embolie;

3° L'action dissolvante de l'acide acétique sur les parois et les noyaux des cellules, sous le champ du microscope, permet d'en attendre les mêmes effets sur les cellules des tissus vivants;

4° Cet acide a déjà été appliqué avec succès à la surface des ulcérations cancéreuses.

Des expériences cliniques furent entreprises et montrèrent que l'acide acétique injecté dans les tissus sains produisait une douleur

---

(1) *British medical Journal*, novembre 1866.

(2) *British medical Journal*, 3 novembre 1866.

(3) *Cancer a new method of treatment*, par W.-H. Broadbent. London, Churchill (1866).

violente, qui ne se manifeste pas si l'injection est faite dans le tissu malade. Son action doit donc être limitée au tissu cancéreux.

Le travail de M. Broadbent renferme quatre observations qui ont été résumées récemment dans la *Gazette des hôpitaux*, par M. Monod, interne des hôpitaux.

Obs. I. *Cancer récidivé du sein. Nécrose de la tumeur.* — Une femme de soixante ans avait été opérée deux fois par le bistouri à un an d'intervalle, et la seconde fois, avec ablation de plusieurs ganglions axillaires cancéreux. En mai 1866, deuxième récidive avec nodosités indurées, adhérence de la peau, douleurs dans les régions mammaire et axillaire.

Le 18 mai, M. Broadbent pratique, avec la seringue de Pravaz, une première injection d'acide acétique dilué (1 partie pour 2 ou 3 parties d'eau), en pénétrant, par la peau périphérique saine, au milieu des tissus malades.

Le 23, la peau, qui était adhérente, est dure, cornée comme dans la gangrène sèche. L'injection est répétée en deux points (50 gouttes environ).

Le 7 juin, la peau indurée est séparée de la peau saine par un sillon ulcéré.

Nouvelle injection le 9 et le 12. Élimination d'une portion de la tumeur, qui laisse à découvert une cavité anfractueuse.

Les injections sont continuées à diverses reprises pendant tout le mois de juillet et le commencement d'août, et le 12 août, on n'a plus affaire qu'à une plaie de bonne nature, sans aucune induration suspecte, dont la cicatrisation est presque achevée le 4 septembre.

Obs. II. *Cancer secondaire des ganglions de l'aisselle. Disparition des ganglions malades.* — Une femme, âgée de soixante-cinq ans, avait été atteinte primitivement d'une tumeur cancéreuse du sein gauche, qui fut enlevée deux fois par l'instrument tranchant, en 1860 et en 1864. Depuis, la maladie s'est propagée aux ganglions sus-claviculaires, puis à ceux de l'aisselle.

En juin 1866, elle est examinée par le docteur Broadbent, qui trouve dans le creux axillaire une tumeur grosse comme une noix, adhérente à un côté et saillante sous la peau. Le bras, du même côté, est tuméfié et tendu ; la malade a beaucoup maigri.

Des injections sont pratiquées le 8 et le 9 juin dans le ganglion malade (1 partie d'acide acétique pour 4 parties d'eau environ).

Le 26, la petite tumeur est plus molle et a diminué si bien qu'on ne la rencontre pas immédiatement sous le doigt.

Les jours suivants, le même traitement est appliqué à un cordon ganglionnaire induré et volumineux, qu'on sent à travers le muscle pectoral, et qui remonte vers le creux sus-claviculaire.

Le 14 juillet, le ganglion axillaire a encore diminué et la masse sous-pectorale se sent moins distinctement par la palpation. Quant au bras, il est devenu mou et flasque. L'avant-bras seul reste volumineux.

Le 8 août, les ganglions doivent être considérablement réduits, car on ne les reconnaît plus au toucher à travers le grand pectoral. La malade trouve elle-même que sa santé générale s'est améliorée.

Obs. III. *Cancer du rectum. Amélioration.* — Il s'agit d'une femme, qui, après avoir souffert et perdu du sang par l'anus depuis la fin de l'année 1865, vint consulter à l'hôpital Saint-Mary, le 28 mai 1866.

Tumeur dure, bosselée, obstruant le rectum et adhérant à sa circonférence. Le doigt ne franchit pas le rétrécissement. Une seconde tumeur soulève la paroi postérieure du vagin, dont la muqueuse est intacte. Les injections sont pratiquées à partir du 5 juin.

Le 11, le doigt s'engage dans le rétrécissement, qu'il remplit. Le 19, il le franchit facilement, et on sent au-dessus la muqueuse saine. La partie antérieure de la tumeur a surtout diminué.

Les injections sont continuées à intervalles assez rapprochés jusqu'au 2 août. A cette époque, l'état général est meilleur, et les douleurs ont sensiblement diminué. L'écoulement morbide a été modéré, et la malade n'a perdu que peu de sang depuis le début.

Le traitement continue, et une injection par semaine suffit pour maintenir le canal libre; mais l'induration cancéreuse persiste toujours en divers points. En somme, on constate une amélioration sensible, mais on ne peut compter sur la guérison.

A propos de ce fait, l'auteur mentionne un autre cas de cancer rectal, observé par le docteur Cooper, chirurgien de l'hôpital Saint-Marc, et intéressant au point de vue anatomo-pathologique. Le malade, qui avait le rectum obstrué par une vaste masse cancéreuse, était arrivé au dernier degré de la cachexie, et succomba quelques jours après deux injections qui lui avaient procuré un soulagement passager. L'autopsie montra que l'obstruction rectale avait complétement disparu. Le cancer s'était d'ailleurs généralisé, et avait envahi la plupart des viscères abdominaux.

Obs. IV. *Cancer de la langue. Amélioration.* — Elle concerne un paysan, âgé de cinquante-quatre ans, atteint depuis environ un an d'un cancroïde de la langue. Le bord droit, la face inférieure

de l'organe, et la partie correspondante du plancher buccal sont durs, épaissis, ulcérés et couverts d'une exsudation grisâtre et fétide. Il y a de plus, près de l'angle de la mâchoire, un ganglion sous-maxillaire induré.

Le malade est soumis au traitement du docteur Broadbent à partir du 21 juillet; des injections sont pratiquées dans la langue à six ou sept reprises jusqu'au 19 août, et le ganglion malade est injecté une fois, le 15. Vers la fin du mois, l'ulcération a pris un bon aspect, et repose sur une base à peine indurée : les mouvements de la langue sont plus libres ; seulement, le mal paraît faire des progrès vers la racine de l'organe. Le malade continue son traitement.

Il résulte de ces faits que les injections d'acide acétique peuvent être faites impunément dans les tumeurs cancéreuses, et ne provoquent de douleur que si l'acide acétique se trouve en contact avec les tissus sains; c'est pourquoi la ponction doit être faite au milieu de la tumeur. Le seul inconvénient qui en résulte est l'engorgement, qui cesse assez promptement, mais qui indique que les injections ne doivent pas être répétées trop souvent.

Ce traitement convient donc de préférence aux tumeurs dont la peau n'est pas encore altérée; mais s'il y a ulcération des téguments, des applications d'acide acétique dilué sur les tissus malades à découvert ont pour but de hâter la destruction déjà commencée.

Pour obtenir le résultat désiré, il vaut mieux employer de l'acide dilué et répéter les injections que d'en pratiquer plus rarement avec de l'acide concentré. La solution la plus forte qu'ait employée le docteur Broadbent était composée d'eau et d'acide acétique par parties égales, la plus faible comprenant une partie d'acide pour quatre d'eau.

L'injection doit être faite graduellement, avec précaution, surtout si la tumeur est dense; car il faut éviter que le liquide ne pénètre dans les tissus sains, et le chirurgien aura un très-bon guide dans la douleur qu'accuse le patient si l'acide pénètre les parties non atteintes. Quelle est l'action de l'acide acétique sur le cancer? Laissons parler l'auteur : «Le cancer doit sa malignité à sa structure caractéristique. Il est composé de cellules qui tendent fatalement à se multiplier indéfiniment, et par suite forment des tumeurs volumineuses. L'acide acétique que nous voyons sous le microscope dissoudre les parois des cellules et modifier leur noyau, introduit dans les tumeurs qu'elles composent, atteint directement leur vitalité, modifie leur nutrition, détruit la propriété qu'elles ont de se

diviser et de se multiplier, et empêche ainsi le développement des tumeurs qui, devenues inoffensives, peuvent être résorbées. »

Comme on le voit, ce n'est qu'un traitement purement palliatif ; mais l'ablation n'agit pas autrement, parce que rien ne garantit la récidive, et cette nouvelle méthode, si elle réussit, est déjà un grand progrès si elle dispense, dans certains cas, de l'intervention chirurgicale.

Depuis la publication du docteur Broadbent une présentation de M. Moore à la Société pathologique de Londres vint rappeler l'attention sur ce sujet.

Deux ganglions, de nature cancéreuse, avaient été enlevés chez un même sujet autrefois opéré pour un cancer de la lèvre, qui s'était reproduit dans ces ganglions. Un des deux seulement avait été sur le malade injecté d'acide acétique. Il avait dès lors cessé de croître, et s'était transformé en une pulpe grisâtre, où l'on apercevait quelques gouttelettes huileuses. Au microscope, ce fut à peine si l'on trouva quelques cellules fusiformes, au milieu de masses granulaires, de corpuscules de pus, et de tissu graisseux, tandis que la glande voisine, qui n'avait pas été injectée, était absolument remplie de cellules caractéristiques. En montrant cette pièce, M. Moore ajouta qu'il avait déjà traité trois fois par la méthode Broadbent des tumeurs cancéreuses récidivant, et que ces tumeurs avaient disparu chaque fois. Un autre membre de la Société pathologique, M. Power, dit qu'il avait essayé les injections d'acide acétique contre une tumeur maligne de la paupière, et que son malade avait guéri en peu de temps.

Bientôt après, parurent les observations suivantes (1).

Obs. V. *Cancer du sein. Récidives multiples. — Injections d'acide acétique.* — Une femme, âgée de quarante-six ans, avait été opérée, en février 1866, d'un cancer du sein droit, par M. Square, de Plymouth ; il n'y avait que quelques mois que la maladie avait débuté. Au mois d'avril, il fallut lui enlever une petite tumeur de la peau, qui s'était développée tout près de la cicatrice. Au mois de mai elle vint à l'hôpital de Middlesex consulter le docteur Moore pour deux petites tumeurs ganglionnaires qui s'étaient développées dans le creux de l'aisselle. M. Moore les enleva, et après l'ablation promena sur la plaie une solution concentrée de chlorure de zinc. La malade guérit. Au mois d'août elle revint montrant quatre petits noyaux cancéreux à la région mammaire en dedans de la première

(1) *Medical Times and Gazette*, 27 août 1866.

cicatrice. Le 15 septembre, après avoir anesthésié la peau avec la pluie d'éther produite par l'appareil Richardson, la canule d'une seringue fut plongée dans la tumeur la plus volumineuse, et on y injecta une cuillerée à thé d'une solution contenant une partie d'acide acétique et trois d'eau. Le même jour, la même opération fut pratiquée sur une tumeur voisine. Quinze jours après, le même traitement fut appliqué aux deux autres tumeurs.

Il survint du gonflement et de l'œdème autour de la première tumeur qui avait été traitée ; mais au mois d'octobre les deux noyaux cancéreux avaient disparu. Quant au troisième et au quatrième, ils formaient une petite masse indolente, mobile sous la peau, dure comme un noyau de cerise, et on les laissa, quitte à répéter l'injection si elles devenaient plus volumineuses.

Obs. VI. *Cancer de la face et du cou. Injections d'acide acétique.* — Il s'agit d'une femme, âgée de soixante-quinze ans, qui était atteinte d'une tumeur occupant le côté droit de la face et le cou, et dont le point de départ paraissait être l'angle de la mâchoire inférieure ; elle avait déplacé le larynx et détruit le nerf facial. La tumeur était devenue depuis quelque temps très-douloureuse ; il n'y avait pas à songer à l'opération, et ce ne fut que comme soulagement que MM. Randal et Broadbent tentèrent les injections d'acide acétique. Dans les premiers jours d'octobre, deux points de la tumeur furent injectés avec une solution d'une partie d'acide acétique pour quatre d'eau. Aucune douleur ne s'ensuivit. Les deux ou trois jours qui suivirent, il se produisit une énorme tension dans la tumeur, puis il se fit à la peau un orifice qui donna issue à une grande quantité de matière cancéreuse. Une autre injection fut faite, et toutes les parties superficielles se détachèrent si bien, qu'on voyait au fond de la plaie les pulsations de l'artère carotide. Alors l'acide acétique fut seulement employé comme topique ; la plaie se couvrit de granulations rouges, sans aucune odeur, et l'état général de la malade était satisfaisant.

Les faits que nous venons de rapporter, et qui sont les seules preuves cliniques à l'appui de la méthode, auraient pu, il nous semble, être mieux choisis, car, dans presque tous les cas, la situation des malades était désespérée ; ils montrent cependant que l'acide acétique a une action évidente sur le tissu cancéreux, et qu'il peut faciliter la résorption ou la destruction de tumeurs hématées. Ce résultat nous paraît suffisant pour recommander ce mode de traitement.

Quelques essais ont été faits dans les hôpitaux de Paris ; les ma-

lades sont encore en traitement, et il serait prématuré de formuler une conclusion. Un seul fait à notre connaissance a été publié par M. Guéniot [1], qui a guéri par l'acide acétique un cancroïde de l'avant-bras.

Mais l'acide a été employé comme caustique, laissé en contact avec la surface de la tumeur; le liquide n'a pas été injecté dans l'intérieur même du tissu malade. Ce n'est pas le procédé de M. Broadbent.

Nous reviendrons sur ce sujet à mesure que de nouveaux faits se produiront.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Remarques pratiques sur les sirops médicamenteux du nouveau Codex [2].

Sirop d'ipécacuanha.

Le sirop d'ipécacuanha n'a pas subi de modifications, 20 grammes de ce sirop contiennent 20 centigrammes d'extrait.

Sirop d'aconit.

Le sirop d'aconit a subi dans son mode de préparation une modification si grande, qu'il est urgent que le médecin praticien en prenne note. Il a l'avantage de pouvoir être préparé au moment du besoin. On le compose ainsi :

Alcoolature d'aconit	100	grammes.
Sirop de sucre	900	—

Mêlez l'alcoolature au sirop froid.

20 grammes de ce sirop contiennent 2 grammes d'alcoolature d'aconit.

Sirop de codéine.

Le sirop de codéine n'avait pas de dose bien déterminée. Le nouveau Codex la fixe ainsi :

Codéine pulvérisée	20	centigr.
Eau distillée	34	grammes.
Sucre très-blanc	66	—

Faites fondre à chaud la codéine dans l'eau distillée; ajoutez le

(1) *Gazette des hôpitaux.*
(2) Suite, voir la précédente livraison, p. 460.

sucre, faites fondre, laissez refroidir. Si le produit ne pèse pas 100 grammes, ajoutez la quantité d'eau nécessaire pour compléter ce poids et filtrez.

Une cuillerée à bouche de ce sirop représente 20 grammes de sirop; elle contient 4 centigrammes de codéine. 5 grammes de ce sirop, soit une cuillerée à café, contiennent 1 centigramme de codéine.

Sirop de morphine.

Hydrochlorate de morphine..................	5 centigr.
Eau distillée..............................	2 grammes.
Sirop de sucre incolore....................	98 —

Dissolvez le chlorhydrate de morphine dans l'eau distillée, ajoutez le sirop. Mêlez.

20 grammes de ce sirop contiennent 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

On prépare de même les sirops au sulfate ou à l'acétate de morphine.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LE RETROCEPS (FORCEPS ASYMÉTRIQUE).

Description, manœuvre, mode d'action, applications cliniques de cet instrument.—Ses avantages sur le forceps croisé.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Bulletin de Thérapeutique.

Monsieur et très-honoré confrère,

L'article de M. le docteur Lambert, de Goetzenbruck (Moselle), inséré dans le numéro du 15 octobre dernier de ce recueil, m'a attiré, de la part de vos abonnés, un grand nombre de lettres : les unes ayant pour objet de me prier de leur faire confectionner, sous mes yeux et sous ma propre garantie, l'instrument en question ; les autres me demandant soit des dessins, soit des renseignements plus précis touchant sa manœuvre et son mode d'action.

Ne pouvant fournir individuellement à chacun de ces honorables confrères tous les détails que comporte un semblable sujet, je prends le parti de solliciter de votre bienveillance l'insertion de

cette réponse collective dans vos colonnes hospitalières. Vous êtes trop ami de tout progrès, monsieur, pour ne pas accueillir favorablement une communication qui se rattache à de si grands intérêts, tant au point de vue de la science qu'à celui surtout de l'humanité.

Veuillez agréer, etc. D[r] L. HAMON.

Fresnay-sur-Sarthe, novembre 1866.

§ 1. — DES INCONVÉNIENTS DU FORCEPS CROISÉ. — DES DIFFICULTÉS TROP SOUVENT INSURMONTABLES DE SA MANOEUVRE.

Les imperfections du forceps de Chamberleyn, ou plutôt de Levret, sont notoirement reconnues de tous ceux qui en font usage. Si cet instrument défectueux se trouve encore aujourd'hui entre toutes les mains, il faut surtout s'en prendre à la puissance de l'habitude, cette despotique souveraine à laquelle, par instinct, chacun de nous n'est que trop porté à sacrifier.

Matériellement parlant, on peut adresser deux graves reproches à cet instrument : son poids considérable, qui ne s'élève pas à moins de 750 grammes, et son excessive longueur ($0^m,46$), conditions peu faites, on voudra bien en convenir, pour assurer la commodité de son transport.

Quant à son aspect, on est bien aussi forcé de le reconnaître, il n'a rien en soi de bien rassurant pour les familles; aussi n'arrive-t-on, que dans les circonstances qui en commandent impérieusement l'emploi, à faire accepter la mise en œuvre de cet instrument, infiniment plus propre à inspirer l'effroi que la confiance.

Au point de vue mécanique, les bases sur lesquelles repose sa construction ne sont pas plus heureuses.

On n'a cessé jusqu'ici de faire de la symétricité (pardon de ce néologisme) des deux branches du forceps la condition *sine qua non* de la sûreté d'action de cet instrument. Or c'est là la plus fausse et la plus malencontreuse idée qui ait jamais pu germer dans un cerveau humain !

J'ai dit la plus fausse, car avec mon instrument, qui est conçu sur une base essentiellement opposée, j'extrais journellement, avec une merveilleuse facilité, des têtes saisies de la façon la plus asymétrique. Sa sphère d'action, en effet, se circonscrit généralement dans un simple quart de cercle. Une des cuillers prend son point d'appui vers la région temporale; la seconde va se poser, suivant les cas, soit sur le coronal, soit sur l'occipital.

J'ai dit la plus malencontreuse ; toutes les difficultés du manuel opératoire viennent de la symétricité forcée des deux cuillers du *croisé*. Pour être utilisé, il faut, de toute nécessité, que ses branches soient articulées ; sinon, sans parler de leurs dangers, ces formidables leviers deviennent complétement frappés d'impuissance.

Mais c'est là le cas de le répéter : *hoc opus, hic labor est !* Cette articulation à effectuer, c'est trop souvent une autre roche de Sisyphe à soulever. Pour ce qui est des accoucheurs novices, la moindre position diagonale de la tête constitue pour eux un obstacle à peu près insurmontable. Quant aux praticiens rompus avec toutes les difficultés de l'obstétrique, il est des cas trop nombreux où l'arme de Chamberley devient, même entre leurs mains exercés, un instrument sans nulle valeur.

Ces jours derniers, je recevais une lettre d'un respectable confrère de la Nièvre qui m'annonçait que, après soixante-treize applications de forceps heureuses au point de vue matériel de l'extraction, car il a eu à enregistrer quinze cas de mort de l'enfant, il venait d'échouer complétement dans un cas de présentation de la face. Cette circonstance fait voir, ce que chacun ne sait que trop pour l'avoir appris à ses dépens, que le forceps croisé peut trahir l'espoir des praticiens les plus rompus avec les grandes difficultés tocologiques.

Eh bien ! je le répète, les difficultés trop souvent insurmontables de la manœuvre de cet instrument ne tiennent qu'à ses vices de construction.

Comprend-on ces longues, ces interminables (26 centimètres de longueur), ces élastiques cuillers presque droites (leur plus grande courbure sur le plat ne mesure que 3 centimètres !), pour saisir un organe de forme sphéroïde, et dont le plus grand diamètre ne mesure que 13 centimètres ? Mais ne voyez-vous pas que, par suite d'une configuration aussi peu en rapport avec la filière utéro-pelvienne, il faut une grande habileté pour mettre à l'abri de l'acier, j'oserai dire tranchant, les parties molles, qu'il ne lui arrive que trop souvent de meurtrir, de lacérer ?

Vous prétendez, avec ces pinces presque droites, saisir un organe globuleux ? Mais, à la première traction, leur élasticité aidant, ne prévoyez-vous pas qu'elles vont lâcher prise, au grand détriment de votre région sacro-coccygienne, sans parler de l'atteinte grave portée à votre dignité doctorale ? Oh ! alors, serrons, étreignons ferme les manches, il faudra bien que les cuillers enserrent

solidement l'organe saisi. Pour ce qui est de l'intégrité de la boîte crânienne et des organes délicats qui s'y trouvent contenus, on ne s'en occupe guère. On a, en vérité, de bien autres soucis !

Ce n'est pas tout : voilà l'organe vigoureusement saisi ; pour l'*arracher*, ce n'est plus qu'une question de force. Si le système musculaire d'un homme ne suffit pas, un second viendra à la rescousse. Si deux se montrent impuissants, on en attellera un troisième, un quatrième. On ira même, si besoin est, à la septième puissance ! On pourra croire que j'exagère ? Je lisais tout récemment un article sorti de la plume d'un des travailleurs les plus recommandables de la province ; il parlait d'un accouchement qu'il avait effectué, au moyen du forceps croisé, *lui septième*, *avec appui !*

Eh bien, pour en revenir à la question, à quoi tient cet aveugle déploiement de force ? A ce que le forceps traditionnel saisit fort mal la tête, d'une part ; d'autre part, cet organe se trouve harponné de telle sorte que, bon gré, mal gré, il faut qu'il passe tel quel ; tant pis pour lui, tant pis pour les organes maternels si, dans ces manœuvres brutales, leurs diamètres respectifs n'ont pas le bon esprit de l'entente cordiale !

On pourra s'étonner qu'un instrument si défectueux, dont chacun ne cesse de proclamer les inconvénients et les dangers, ait pu régner sans partage durant de si longues années, malgré les efforts des Contouly, des Thénance, des Chassagny, des Mattei ? Mais l'histoire de la science n'est-elle pas malheureusement trop riche de semblables exemples ?

§ 2. — HISTORIQUE.

Voici comment j'ai été amené à l'idée du retroceps : comme tous les médecins, j'ai dû, pendant plusieurs années, me servir du forceps classique, et j'ai eu souvent à déplorer son impuissance ou les difficultés de sa manœuvre et les dangers de son emploi !

Nombre de fois j'avais remarqué que le vice radical de sa construction devait surtout tenir au défectueux mode de rassemblement de ses leviers. En effet, dans bien des cas, j'avais pu m'assurer qu'il m'eût été très-facile de les utiliser, nonobstant leur position défectueuse, au point de vue des règles de la symétrie, s'il me fût devenu possible de les réunir, tels quels, d'une manière immuable.

Pour le dire en passant, telle a été en germe l'idée qui a présidé à la construction du forceps croisé à douille du docteur Mattei.

C'est à cette époque qu'il me fut donné de prendre connaissance de la communication académique de cet accoucheur, relative à son léniceps (janvier 1859). Ce ne fut, toutefois, que dans le mois de juin de l'année suivante que, de passage à Paris, je pus prendre connaissance de son instrument. Je fus de suite séduit et convaincu.

A peine de retour à Fresnay, je pris un de mes forceps et me rendis chez le serrurier voisin. Je ne quittai sa forge que lorsque je fus parvenu à lui faire transformer le primitif engin en une manière de léniceps simplifié.

Je me suis servi quatre ans de cet instrument, et je lui ai dû de bien remarquables succès.

Nonobstant les nombreux services qu'il me rendait, je ne tardai pas à lui trouver quelques défauts. *En principe*, le léniceps est un instrument symétrique, et se plaçant sur le côté de la tête de l'enfant; ses deux leviers sont indispensablement parallèles; lorsque ses deux cuillers sont placées dans l'aire postérieure du bassin, un des manches est nécessairement perpendiculaire à l'autre; l'instrument est alors difficile à fixer, et réclame impérieusement le concours des deux mains : il a deux manches, formant un ensemble assez volumineux; bien que réduisant, presque de moitié, l'incommensurable longueur du forceps classique, il est encore susceptible d'une notable réduction.

Telles étaient les nombreuses inconnues que je me proposai successivement de dégager. Pour arriver à la solution de ces difficiles problèmes, il ne m'a pas fallu moins de deux ans et demi environ de méditations et d'essais presque journaliers. Le ciel, enfin, a récompensé mes constants efforts, car aujourd'hui je considère mon œuvre comme parachevée.

Il me resterait, pour compléter ce chapitre, à parler des autres forceps à branches parallèles, c'est-à-dire des instruments de Thénance, de Contouly, de MM. Chassagny, Camille Bernard, Trélat et Mondotte; mais comme j'ai eu précédemment l'occasion, dans un autre Mémoire [1], de traiter d'un tel sujet, je crois qu'il est parfaitement inutile d'y revenir en ce moment. Qu'il me suffise de dire que mon instrument ne présente rien de commun, comme principe, avec celui de tous les accoucheurs, si j'en excepte toutefois celui de ce dernier médecin qui n'est qu'une copie du mien. Il se distingue essentiellement de tous les autres, par le mouvement dévolu à chacune

[1] *France médicale*, 1862, nos 42 et seq.

de ses branches, et par le mécanisme complexe de leur support commun.

L'un d'eux pourtant présente avec le mien d'assez notables analogies. Je veux parler du forceps de Contouly. Cet instrument, en effet, présente un manche terminal unique; mais c'est un simple bâtonnet; l'écartement des deux cuillers est réglé par une vis de rappel, mais le siége de cette même vis régulatrice correspond à celui de l'entablement du forceps classique. A part ces deux points de parité, il n'y a plus, entre ces instruments, que les différences les plus tranchées, tant au point de vue de l'exécution qu'à celui du principe fondamental.

§ 3. — DESCRIPTION DU RETROCEPS.

Cet instrument se compose de deux branches rigides s'articulant sur un ressort commun ; c'est un levier du troisième genre, ou interpuissant.

En principe, je l'ai déjà dit, les cuillers de cet instrument se posent dans l'aire postérieure du bassin, en arrière de la tête de l'enfant. C'est le lieu d'élection où elles vont, du reste, se placer spontanément.

Pour remplir une telle vue, deux conditions sont indispensables : 1° les deux cuillers, au lieu d'affecter une disposition symétrique, doivent nécessairement se rapprocher plus ou moins l'une de l'autre ; 2° les deux leviers, au lieu d'offrir une direction parallèle, condition obligée des instruments de la même classe, à leviers rigides, ont celle de s'implanter plus ou moins obliquement, l'un par rapport à l'autre, sur leur support commun.

Telles sont les bases sur lesquelles reposent la construction, le mécanisme de l'instrument, construit selon les principes de l'asymétrie.

Pour réaliser de telles vues, un double mouvement a été dévolu aux branches. Dans mes premiers modèles, la branche droite était seule mobile, dans les deux sens voulus. Mettant à profit un très-bon conseil de mon excellent ami le docteur Mondotte, je n'ai pas tardé à assigner son mouvement propre à chacun des deux leviers. A la branche droite, celui de rotation suivant son grand axe (branche pivotante) ; à la gauche, mobilité du dedans en dehors ou de latéralité (branche basculante).

Le support commun a un double objet à réaliser : rassembler les deux leviers et leur assurer, par un mécanisme approprié, ce double mouvement de pivot et de bascule.

Donc, mon retroceps se compose de trois pièces : deux branches et un manche ou support commun. Occupons-nous successivement de chacune d'elles.

Passant du simple au composé, commençons par la description des premières.

Ce sont deux leviers rigides dans chacun desquels on peut distinguer deux parties : une cuiller et une tige.

Les cuillers présentent une double courbure : courbure sur le plat, courbure sur le champ. La première est destinée à mettre les cuillers en rapport avec la configuration d'un organe sphéroïde ; aussi est-elle beaucoup plus prononcée que chez le forceps classique. La profondeur de chacune de mes deux cuillers, prise à leur partie centrale, c'est-à-dire au point le plus excavé, mesure 5 centimètres.

La courbure sur le champ est ménagée en vue de la conformation du bassin, pour rendre accessible à l'instrument le détroit supérieur.

L'écartement du point le plus extrême du bec des deux cuillers, pris en abaissant de ce même point une perpendiculaire sur une ligne tirée dans le prolongement des tiges, mesure 7 centimètres.

Les cuillers sont assez étroites afin de pénétrer plus aisément dans les organes maternels. Dans leur plus grande largeur, elles n'affectent que 42 millimètres ; en ce même point, le vide qui répond au centre des cuillers, c'est-à-dire la fenêtre, a une largeur de 2 centimètres 1/2.

La longueur des seules cuillers est de 14 centimètres.

Les tiges sont rigides. La longueur de la gauche est de 13 ; celle de droite est de 14 centimètres, soit 27 centimètres pour la longueur totale des branches.

L'extrémité digitale de la tige gauche, aplatie en sens contraire de la courbure sur le plat de la cuiller, et destinée à pénétrer dans une mortaise qui lui est préparée dans la partie correspondante du manche, est percée d'une ouverture circulaire ménagée pour la goupille d'arrêt qui doit fixer le levier sur le support commun.

La portion digitale extrême de la branche droite est munie d'un anneau métallique, d'un diamètre suffisant pour le passage d'une phalange mobile dans le sens du petit axe du manche immuable dans celui de son grand axe. Cet appendice est destiné à être utilisé en tant que levier dans les manœuvres, pour opérer le placement de cette même cuiller. Directement au-dessus de cet anneau correspond un petit disque métallique, muni à sa partie supérieure

(l'instrument supposé en place) de quatre petites ouvertures circulaires, véritables crans d'arrêt qui ont pour objet de fixer la branche et de prévenir sa rotation, par le moyen d'une tête saillante solidement implantée sur une partie correspondante du manche, laquelle tête doit s'engager dans l'une quelconque, suivant les cas, de ces mêmes ouvertures.

Passons maintenant au manche.

Sa longueur est de $0^m,08$, sa largeur de $0^m,15$, sa hauteur de $0^m,18$.

Il présente quelque analogie avec un couteau, constitué, comme chacun sait, par une chasse et une lame. La chasse, c'est le corps de la poignée ; la lame, c'est un petit appendice que j'ai nommé *pont volant*, lequel se lève et se rabat au moyen d'une solide charnière métallique située un peu en dehors de la partie moyenne du côté droit du manche.

Pour la description, je supposerai le pont volant rabattu et fixé par le moyen d'un crochet d'arrêt, analogue à celui des sécateurs de jardiniers, et qui est placé à l'extrémité gauche du manche.

Ce manche est percé, pour l'implantation des deux branches, de deux mortaises. La gauche, destinée à recevoir l'extrémité supra-discoïde de la tige droite, qui est cylindrique, est, pour cette raison, circulaire, condition indispensable pour permettre le mouvement pivotal, réservé, je l'ai dit, à la branche droite. Cette ouverture est pratiquée aux dépens des deux portions du manche, c'est-à-dire du pont volant et de la chasse. Cette disposition a pour objet de permettre l'enlèvement et le placement de ce levier, qui s'effectue en levant, ou en rabattant et arrêtant le pont volant, au moyen de son crochet.

A la partie inférieure du manche, sur un point du pont volant situé un peu en avant et à gauche de cette ouverture circulaire, constituée par le rapprochement de ces deux demi-anneaux, se trouve une tête saillante destinée à s'engager au travers de l'une des quatre petites ouvertures dont se trouve muni le disque terminal de cette branche. Ce petit appareil, je le répète, a pour objet de fixer cette même branche et de prévenir l'écartement du bec de la cuiller durant les manœuvres de l'extraction.

A la partie droite du manche se trouve pratiquée une mortaise longue de $0^m,015$, large de $0,^m005$, dans laquelle doit s'engager la portion digitale de la branche gauche. Une goupille d'arrêt, correspondant à la partie moyenne et inférieure de cette mortaise, et fixée à demeure dans la partie antérieure correspondante du manche,

est destinée à articuler ce levier sur le support commun. Autrefois, elle était constituée par une simple vis ; mais comme elle était susceptible de s'égarer et de compliquer les manœuvres, je l'ai rendue immuable, par le moyen d'un système de baïonnette qui permet de la rendre partie constituante de la poignée.

La distance des deux mortaises, prise d'un centre à l'autre, est de $0^m,037$.

Pour assurer à la branche gauche ce mouvement de latéralité ou de bascule dont j'ai parlé, j'ai simplement fait préparer une vis se mouvant dans la portion latérale droite du manche, en son point le plus élevé, pour lui assurer plus de puissance; sa pointe mousse vient aboutir à la portion externe et supérieure de la mortaise, où elle rencontre, en un point situé à 1 centimètre environ au-dessus de la goupille d'arrêt, la partie externe de l'extrémité digitale mortaisique de la branche basculante. On comprend aisément maintenant que, pour repousser en dedans cette même branche, il suffit de faire avancer la vis dans l'intérieur de la mortaise, et que, pour la faire basculer en dehors, il ne s'agit que de lui imprimer un mouvement de rotation sur son axe en sens contraire, c'est-à-dire, suivant le cas, d'enfoncer ou de retirer la vis.

Pour rendre cette poignée, primitivement toute métallique, un peu moins pesante, j'ai fait en sorte de faire entrer dans sa confection le plus de bois possible. Partout où il y a du frottement, partout où il doit y avoir effort, résistance, j'ai dû, mais là seulement, avoir recours à l'acier.

Les manches sont environ du poids de 110 grammes; celui de la branche gauche est de 150 grammes ; celui enfin de la droite, de 170 grammes ; *total approximatif :* 430 grammes. Je dois dire que j'en ai fait faire de plus légers ; mais n'est-il pas beaucoup plus convenable de passer sur un excédant de quelques grammes pour assurer une solidité convenable à un instrument destiné à passer par d'aussi rudes épreuves ?

Comme dernier perfectionnement enfin, trouvant encore trop considérable la longueur déjà si minime de mon retroceps, comparativement à celle du forceps classique, j'ai fait pratiquer, vers le talon des cuillers, une charnière grâce à laquelle mes leviers se fléchissent. L'extrémité digitale des tiges peut par là venir prendre place dans la partie centrale des fenêtres correspondant au bec de mes cuillers. Ainsi fléchie, chaque branche de l'instrument se réduit à une longueur de... 15 centimètres !

§ 4. — MANOEUVRE, MODE D'ACTION DU RETROCEPS.

Arrivons à la manœuvre de l'instrument.

Lorsque la tête de l'enfant n'est pas trop haut placée, j'ai pour habitude de laisser la patiente placée en supination, soit sur sa couche, soit sur une ballière étendue sur le sol, dernier mode généralement adopté par les femmes de ce pays.

Quant à ce qui me regarde, ma position est vite trouvée. Si la femme est étendue à terre, sur sa ballière, je lui fais écarter les jambes et je m'agenouille entre elles. Est-elle couchée dans son lit ? De deux choses l'une : ou bien je monte sur la couche et j'y affecte la même position que ci-dessus, ou bien je reste à terre, me contentant de me rapprocher du rebord du lit. Dans cette posture, impossible avec le concours de tout autre instrument alors que les cuillers sont asymétriquement placées, j'ai pu mener à bien, sans aucune gêne, un grand nombre d'accouchements soi-disant difficiles.

Lorsque la tête est trop haut placée, de telle sorte que les tractions doivent être effectuées de haut en bas, c'est-à-dire dans le sens de l'axe de l'excavation, il m'arrive encore assez souvent de procéder ainsi que précédemment, grâce à une disposition favorable de mon retroceps, disposition dont j'ai omis de parler. Je veux parler de l'incurvation des tiges de mes modèles à flexion, incurvation dans le sens de la courbure sur le champ des cuillers, qui réalise un double objet : celui de permettre la génuflexion des leviers, en assurant la solidité des charnières, par ce moyen carrément établies ; celui, enfin, de relever d'autant leur extrémité digitale, et partant le manche, condition qui facilite singulièrement la manœuvre de l'instrument, alors que la malade affecte une position générale horizontale.

Lorsque je vois que, dans cette dernière position, l'opération n'est pas praticable, je fais porter la femme sur son lit, sans même me donner la peine de retirer l'instrument qui tient de lui-même, une fois mis en place, et je lui fais affecter la position classique.

Il est bon que cette position soit aussi élevée que possible. A cet effet, on relève assez le bassin, au moyen d'oreillers ou de sacs remplis de foin ou de paille et déposés sous le siége, pour que les organes sexuels atteignent la hauteur de la poitrine de l'accoucheur. Si ces conditions ne me semblent pas indispensables à réaliser, j'ai plus tôt fait de laisser tel quel le lit de misère. Alors, pour faciliter mes manœuvres, je me borne à les effectuer, ayant un genou ou deux à terre. Dans cette posture, les tractions, dirigées de haut en

bas, deviennent beaucoup moins fatigantes, en même temps que beaucoup plus fructueuses, que dans la station sur les pieds.

Lorsque la tête est en position antéro-postérieure, quelle que soit sa hauteur, les deux cuillers affectent généralement la position symétrique. Cela se conçoit ; en pareil cas, c'est vers les côtés du bassin qu'il y a le plus de vide ; il est donc tout naturel que ce soit vers ces points qu'elles aillent tout naturellement se placer. Dans ces conditions, le retroceps est utilisé, cela va de soi, en tant qu'instrument symétrique.

Généralement, il importe peu de placer en premier lieu telle ou telle branche. Je prends d'ordinaire celle qui me tombe fortuitement sous la main. Je n'ai encore trouvé que de rares exceptions qui m'aient contraint de placer la première la branche droite, qu'on est, d'instinct, porté à poser la dernière. C'est dans les cas où le col, insuffisamment dilaté, est ramené sur la tête, entraîné par la tige de la première cuiller placée. Eh bien ! il suffit quelquefois de retirer cette dernière pour faciliter le placement de sa congénère qui, n'ayant point pour effet d'attirer de son côté la portion opposée du col utérin, laisse à la seconde branche tout l'espace nécessaire pour son intromission dans l'organe maternel.

En général donc, nulle règle pour le placement préalable de l'une ou de l'autre cuiller. Si, toutefois, la première étant introduite, on éprouve des difficultés pour la faire suivre de la seconde, au lieu de se livrer à des efforts infructueux et pénibles, il est bien plus convenable de retirer l'instrument et de tenter de procéder en inversant le placement des leviers.

J'introduis toujours mes branches désarticulées, et en les tenant par leur tige ou extrémité manuelle, ainsi qu'une plume à écrire. Ce n'est qu'une fois en place que je les articule. Le mécanisme de cette articulation est si sûr, si rapide, qu'il peut être effectué avec la plus grande facilité sous un drap et dans les plus profondes ténèbres.

Il ne faut pas oublier, ce que l'on ne fait que trop souvent, que la tête fœtale est un organe sphéroïde. Les becs des cuillers, qui sont fortement cintrées sur le plat, ne sauraient donc être poussés carrément devant soi, ainsi que ne manquent jamais de le faire les apprentis de la profession. Ils doivent nécessairement contourner l'organe. La disposition de mes cuillers avec leur double courbure est telle que leur intromission s'effectue d'elle-même. Il suffit pour cela d'incliner la tige vers l'aine opposée de la mère et de ramener insensiblement cette même tige vers la ligne médiane, en

en abaissant graduellement l'extrémité digitale. Ce placement, je le répète, s'effectue de lui-même, à la condition de procéder avec légèreté, sans déployer la moindre force, en ayant soin, en un mot, de tenir l'instrument ainsi qu'une plume à écrire et de le traiter avec la même précaution que s'il n'était constitué que par un fragile roseau.

J'ajouterai qu'un seul doigt me suffit le plus ordinairement pour guider le bec de l'une et de l'autre cuiller entre la tête fœtale et le col utérin.

On conçoit que, en procédant de la sorte, on est parfaitement sûr de n'occasionner dans les organes maternels aucun dommage. Dieu sait si, à ce point de vue, l'arme droite et tranchante de Chamberley jouit d'une égale somme d'immunité ! (1)

Il n'est aucunement *indispensable* de se préoccuper et de la position précise de la tête et de la place affectée par les deux cuillers. Qu'il me suffise de dire que, à ce double point de vue, la plupart de mes accouchements antérieurs ont été par moi effectués, tranchons le mot, en véritable aveugle !

J'ai une habitude, fort mauvaise assurément, de me préoccuper assez peu de la position de la tête ; la certitude que c'est bien cet organe me suffit, jusqu'au moment du dégagement. A cette période de l'extraction, il est bon, en effet, de déterminer exactement la situation des sutures, afin d'exécuter artificiellement, s'il y a lieu, la réduction occipito-pubienne. Si l'on néglige cette précaution, on peut s'exposer à déterminer la déchirure du périnée, en dégageant la tête en position transversale.

Est-ce à dire que je donne à quiconque le conseil de s'endormir dans un *dolce far niente* exploratif ? C'est bien là le cas de le répéter : Faites ce que je dis et non pas ce que je fais. Ceci, toutefois, revient à dire que mon instrument est assez intelligent pour suppléer même, à l'occasion, au défaut d'habileté de l'opérateur. Mais il est bien manifeste que si un infirme, sans se donner la peine de raisonner ce qu'il fait, sait déjà en tirer un excellent parti, quels admirables services ne saurait-il pas rendre à un accoucheur attentif et sagace ?

Je suppose donc mes deux cuillers introduites dans les organes maternels ; neuf fois sur dix peut-être, si on ne contrarie pas la direction qu'elles ont une tendance naturelle à affecter, elles vont se

(1) Voir n° 31, 1866, du *Courrier médical.*

poser en arrière de la tête et dans l'aire postérieure du bassin, vers l'une et l'autre symphyse sacro-iliaque.

Alors la position des leviers paraît au plus haut point défectueuse; que l'on articule tout d'abord la branche *g* (1) ou basculante, et que l'on présente la portion supra-discoïde de la tige *d* à la mortaise du manche qui lui est destinée, après avoir, au préalable, relevé le pont volant, on s'apercevra de suite des mauvaises conditions d'un tel placement.

En premier lieu, par suite d'un défaut de parallélisme entre les deux tiges, l'une d'elles seulement affectera, sur le manche, une direction perpendiculaire. En second lieu, en admettant que cette difficulté vienne à être tournée, on s'apercevra, à sa grande consternation, que l'anneau terminal de la branche pivotante (indice de la véritable situation du bec de la cuiller correspondante), qui, dans une position régulière, devrait affecter une direction parallèle à celle du grand axe du manche, lui est au contraire perpendiculaire.

Que si, toutefois, saisissant de l'une et de l'autre main les deux extrémités manuelles des branches, on essaye de s'en servir pour effectuer quelques tractions, on ne tarde pas à s'apercevoir que dans cette position, toute défectueuse qu'elle paraisse, on possède néanmoins un agent de préhension assez sûr pour être très-avantageusement utilisé.

Un seul élément fait défaut pour qu'il soit donné de tirer un bon parti de ces deux leviers, nonobstant une position défectueuse, au point de vue de la symétricité. C'est leur rassemblement, qui seul peut leur donner une action d'ensemble, sans laquelle ils seraient inévitablement réduits à l'impuissance.

Eh bien ! c'est dans une telle vue qu'a été construit mon manche.

Pour parer au défaut de parallélisme des branches, un système de bascule a été établi dans l'aire de la mortaise droite. Le point d'appui est constitué par la targette fixatrice de la branche gauche : le mouvement de cette dernière, on s'en souvient, se trouve réglé par le jeu de la vis régulatrice. Pour que la branche *d*, nécessairement perpendiculaire au manche, puisse pénétrer dans sa mortaise circulaire, il suffit de retirer cette même vis, en vue de faire basculer en dehors sa congénère, c'est-à-dire la branche *g*, qui devient

(1) Les petites lettres *g* et *d* sont mises par abréviation pour les mots *gauche* et *droite*.

oblique et par rapport à la première et par rapport au support commun. Ainsi se trouve aplanie la première difficulté.

Voilà donc les deux leviers engagés dans leur mortaise respective. Reste une deuxième irrégularité qu'il convient de prendre à son tour en considération : je veux parler de la direction de l'anneau infra-discoïde qui traduit l'écartement défectueux du bec de la cuiller droite.

Pour ce qui est de rendre le levier immuable dans une telle position, c'est la chose du monde la plus simple : il suffit de présenter la quatrième ouverture du disque à la tête d'arrêt dont se trouve munie la poignée ; cet engagement effectué, on est assuré que l'instrument, dans son ensemble, ne constitue plus qu'un bloc d'acier, doué d'une action d'ensemble vraiment parfaite.

Mais, dira-t-on, ce bec de la cuiller droite, quel danger pour les parties molles de la mère ! Ne va-t-il pas tout pourfendre, tout déchirer dans son passage ?

Voilà, assurément, un effet que promet positivement la théorie ; mais, fort heureusement, l'expérience sur le mannequin et surtout sur le vivant n'a pas tardé à me démontrer l'inanité de ces bien légitimes terreurs.

En traversant l'étroite filière utéro-pelvienne, en effet, par le fait du mouvement de bascule en dedans de la branche congénère, et de la mobilité du manche qui en est la condition nécessaire, ce redoutable bec vient innocemment s'acculer contre la tête du fœtus, et ce n'est qu'à la sortie de l'instrument, en dehors des organes sexuels (alors, en un mot, que les cuillers fortement cintrées ne sont plus maintenues par les parties résistantes du petit bassin), qu'il reprend cette position écartée, dont le raisonnement avait fait entrevoir tant de dangereux effets. Ce double jeu des leviers est parfaitement appréciable dans les manœuvres effectuées sur le mannequin.

Veut-on maintenant les preuves les plus irréfragables que les choses se passent exactement de la façon ci-dessus ? Je ne parlerai même pas des expériences *de visu* sur le mannequin qui, en définitive, est un objet matériel dont la résistance est à l'épreuve de l'acier émoussé. Mes témoignages sont sans réplique, car je les puise à la source de la pratique.

En premier lieu, je ne crains pas d'affirmer sur l'honneur que de toutes les femmes, assez nombreuses, que j'ai accouchées jusqu'ici par le moyen de mon instrument, il n'en est pas une seule qui ait présenté la plus légère lésion attribuable à l'action de ce

bec, d'apparence si formidable. En second lieu, la preuve mathématique que ce même bec, au lieu de fuir la tête, la maintient, tout au moins, dans la sphère d'action de la cuiller gauche, dont le rôle est d'ordinaire le plus actif dans les manœuvres de l'abaissement, c'est que toutes les fois qu'il répond au front (position OIG), il ne manque jamais de s'y imprimer plus ou moins sensiblement, constituant ce que j'ai nommé le *stigmate frontal*, véritable caractéristique de toute application du retroceps, dans les positions du vertex dont je viens de parler.

Que l'on veuille bien réfléchir à la forme sphéroïde de la tête fœtale, au cintre prononcé des cuillers, au rôle enfin des parties résistantes du détroit inférieur, sur le compte duquel je viens à l'instant d'attirer l'attention, et l'on se convaincra sans peine par le simple raisonnement que, lorsque l'instrument est bien placé, il faudrait exécuter des tractions bien énergiques pour le faire lâcher prise.

Ces tractions, du reste, je ne saurais trop le répéter, doivent toujours être effectuées avec les plus grands ménagements, autant que possible avec une seule main, l'autre étant obligée, pour surveiller le jeu des deux leviers, d'écarter ou protéger les parties molles. En procédant de la sorte, on est toujours assuré d'éviter tout accident. Or, de telles manœuvres ne sont exécutables qu'au moyen de ce seul instrument, car il n'en est aucun autre pourvu d'un mécanisme susceptible de fixer solidement les deux leviers dans toutes les positions possibles.

Avant de terminer ce chapitre, je dois encore ajouter quelques mots sur un très-important sujet. Je veux parler de l'emploi de la force dans les manœuvres de l'extraction, sujet dont j'ai déjà traité dans un autre recueil [1].

Avec mon instrument, il ne m'est jamais arrivé d'avoir recours à aucune assistance étrangère. Il est, bien plus, excessivement rare que je me sois vu réduit à faire appel au système musculaire de mes deux bras. Quel que soit, en effet, le placement respectif de mes cuillers, il me suffit presque constamment, ainsi que je viens de l'ériger en précepte, d'effectuer une traction au moyen d'une seule main; bien plus, la plupart du temps je n'utilise guère, à cet effet, que deux ou trois doigts. Il y a donc, entre la nouvelle et l'ancienne méthode, une distance de tout un monde...

Ces faits, à peine croyables lorsqu'on n'en a pas été témoin,

---

(1) *Abeille médicale*, 1866, n°s 18 et 19.

peuvent être aujourd'hui certifiés par un assez grand nombre de confrères munis, par mes soins, d'un instrument dont ils ont bientôt appris à se servir avec autant de bonheur que moi-même. Ceci établit péremptoirement que ces succès tiennent, non point à une adresse manuelle tout individuelle, mais bien surtout aux conditions spéciales de construction de ce même instrument.

La raison fondamentale de ces différences si tranchées entre les deux méthodes, c'est que, dans la première, la tête est mal saisie, et obligée de franchir telle quelle la filière utéro-pelvienne; dans la dernière, au contraire, l'organe se trouve dans un état de liberté relative : saisi en arrière entre les deux cuillers plus ou moins ouvertes de l'instrument, maintenu en avant par la ceinture solide, constituée par l'arc pubien du bassin, il doit nécessairement obéir à la *vis a tergo* qui le pousse vers l'orifice vulvaire, tout en lui laissant une assez large latitude qui lui permet d'accommoder ses diamètres avec ceux de la filière ouverte devant lui. Voilà la clef de l'exécution si brillante de tant d'accouchements inexécutables par le moyen de l'arme pitoyable du chirurgien anglais. Cette explication est tellement simple, tellement indiscutable, le remède à opposer au mal, enfin, était si aisé à découvrir, que l'on a réellement lieu de s'étonner de la perpétration, durant tant d'années, des déplorables erreurs auxquels notre docte corps, et surtout la pauvre humanité, ont dû payer et payent, hélas ! encore tous les jours, un si fatal impôt !

BULLETIN DES HOPITAUX.

Expulsion spontanée d'un corps fibreux de l'utérus. — Le 11 septembre 1866 entra à la Pitié et fut placée dans mon service, salle Saint-Charles, n° 22, une femme âgée de trente-six ans, piqueuse de bottines, en proie à une métrorrhagie dont les retours, assez fréquents depuis un an, l'ont déjà obligée à deux reprises à venir réclamer son admission dans les hôpitaux.

Cette femme a été réglée pour la première fois à l'âge de seize ans, mais elle l'a toujours été assez irrégulièrement, tant avant que depuis son mariage, qui eut lieu à l'âge de vingt-quatre ans ; il nous a été impossible de faire déterminer quelles étaient ces irrégularités de la menstruation. Quelque temps après le mariage, cette femme devint enceinte, la grossesse fut heureuse, l'accouchement facile, es suites de couches régulières ; elle a eu depuis deux fausses cou-

ches, l'une à trois mois, l'autre à quatre, déterminées toutes deux, nous a assuré la malade, par des accès de colère excessivement violents. A la suite de chacune de ces fausses couches, elle éprouva quelques douleurs dans le bas-ventre, qui disparurent spontanément après quelques mois et n'existaient plus depuis des années quand, il y a six ans, cette femme fut obligée de se séparer de son mari. Dans son chagrin, elle essaya de s'asphyxier par le charbon et fut assez gravement malade, pendant huit ou dix jours, à la suite de cette tentative de suicide.

C'est de cette époque que cette femme, à tort ou à raison, fait dater sa maladie. Pendant la première année de sa séparation, elle fut en proie à des accidents dyspeptiques qui se rapprochaient, sous certains rapports, de ceux du commencement de la grossesse, mais qui en différaient sous d'autres; elle buvait en particulier d'énormes quantités d'eau. Au bout d'un an, il y a cinq ans (la réponse, précise, a toujours été la même), elle commença à ressentir des douleurs abdominales et un sentiment de pesanteur qui depuis n'a pas cessé, puis survinrent des pertes dont elle ne peut préciser le début, mais qui ne paraît pas remonter à plus de deux ans. C'est le rapprochement et l'abondance de ces pertes sanguines qui décidèrent cette femme à entrer, l'année dernière, dans le service de M. Barth; mon honorable collègue diagnostiqua des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Après un séjour assez prolongé à l'hôpital cette femme sortit soulagée, mais toujours sujette à des pertes qui se renouvelèrent assez fréquemment. Une de celles-ci, beaucoup plus abondante que toutes les précédentes, la fit admettre à la fin de juillet à la Pitié dans mon service. M. Siredey, qui me remplaçait à cette époque, crut nécessaire, le huitième jour de l'entrée de cette malade à l'hôpital, de prescrire du seigle ergoté, à cause de l'abondance persistante de la métrorrhagie. L'ingestion de ce médicament fut suivi de douleurs tellement violentes, semblables à celles de l'accouchement, que M. Siredey jugea qu'on ne pouvait continuer l'emploi de cette médication; depuis elle n'a plus été reprise.

La perte continuait, mais un peu moins abondante; l'utérus, augmenté de volume, comme à cinq mois de grossesse, mais beaucoup plus lourd et plus pesant, formait dans l'hypogastre une saillie surmontée de bosselures irrégulières, dont l'une, plus détachée que les autres, semblait formée par l'angle gauche de l'utérus ou implantée sur cet angle. Le col, non ramolli, présentait les caractères de l'état de vacuité. Cette femme fut mise à l'usage de l'eau sulfureuse à l'intérieur

et en injections. Le quatrième jour de cette médication, mais aussi le cinquième jour après l'usage du seigle ergoté, la perte s'arrêta. La malade presque exsangue resta dans le service jusque dans les derniers jours du mois d'août, soumise à une médication reconstituante et à un repos presque absolu, non-seulement pour éviter le retour de la perte, mais aussi parce qu'elle éprouvait des douleurs continues assez vives dans le bas-ventre. Le diagnostic de M. Siredey, que je partageais lorsqu'il me fit voir cette malade dans les premiers jours du mois d'août, fut le même que celui de M. Barth, c'est-à-dire tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

Cette femme était encore dans un état d'anémie considérable, bien qu'elle n'eût plus éprouvé de perte sanguine depuis le 7 août, lorsqu'elle sortit de l'hôpital le 26 de ce mois.

Mais elle ne devait pas rester longtemps dehors, car c'est quinze jours juste après cette sortie qu'elle rentre à l'hôpital, en proie de nouveau à une métrorrhagie abondante, qui date de cinq à six jours, et qui a ainsi commencé à une époque correspondant mensuellement à peu près exactement à la dernière perte sanguine. Cette femme, pâle, amaigrie, d'une constitution profondément détériorée, se plaint d'éprouver des douleurs assez vives dans le bas-ventre. Le toucher fait constater que le col n'est pas ramolli et ne présente pas de dilatation, et que l'utérus offre les mêmes caractères que ceux qui ont été notés dans le mois précédent. Malgré le repos, l'usage du tannin et de l'eau sulfureuse, la perte sanguine persiste, moyennement abondante, pendant quatre à cinq jours, accompagnée de douleurs, mais qui n'offrent rien de caractéristique. Alors elles se dessinent et la malade est, comme elle l'avait été après l'administration du seigle ergoté, en proie, pendant deux à trois jours, à de véritables tranchées utérines semblables à celles de l'accouchement, mais qui ne s'accompagnent pas de dilatation appréciable du col utérin que j'ai recherché avec d'autant plus de soin, que j'espérais sentir l'extrémité inférieure d'un polype engagé dans l'orifice utérin.

Ces douleurs se suspendent et avec elles la métrorrhagie, mais pour être remplacée par un flux séreux, presque aussi abondant que l'écoulement sanguin, surtout au bout de quelques jours, où il devint séro-purulent, puis purulent et alors d'une odeur fétide. Sous l'influence de cet écoulement, qui n'est en rien modéré par les injections sulfureuses faites chaque jour, et sous l'influence de la douleur fixe, continue, ressentie dans le bas-ventre, la malade dépérit, l'appétit se perd, des nausées surviennent, puis des vomissements, il y a des frissons erratiques le soir et des sueurs la nuit.

L'état de cette malade va ainsi empirant de jour en jour pendant tout le mois d'octobre.

Il y avait sept ou huit jours qu'on n'avait pas eu recours au toucher qui, aux différents examens pratiqués pendant le courant d'octobre, avait toujours fait constater l'absence de dilatation du col utérin, lorsque le 3 novembre, à la visite, la malade accuse qu'elle a depuis le matin une descente de la matrice, et que cette descente s'est produite sans crise de douleurs, semblables à celles de l'accouchement, telles que celles qu'elle a eues en août et septembre. On constate que le vagin est rempli par un corps solide, cylindroïde, d'une couleur blanchâtre, dont l'extrémité inférieure, comme flétrie, arrive jusqu'à l'anneau vulvaire; que ce corps est embrassé supérieurement par le col utérin offrant une dilatation du diamètre d'une pièce de cinq francs et dont les bords amincis affectent les caractères que présente le col utérin quand il y a, dans le travail de l'accouchement, une dilatation semblable à celle-ci. La première phalange de l'index, introduite assez facilement entre le corps cylindroïde et le bord utérin aminci, ne permet pas de reconnaître l'insertion de cette sorte de polype. — Écoulement utérin purulent, fétide, excessivement abondant.

A l'examen du 5, on constate que la dilatation du col a sensiblement augmenté, que le bord aminci ne forme plus le bourrelet circulaire qu'il offrait avant-hier, qu'on peut enfoncer profondément l'index dans la cavité utérine, mais sans rencontrer l'insertion de ce pseudo-polype. Une sonde en caoutchouc pénètre jusqu'à 12 centimètres et contourne le corps étranger sans faire reconnaître son insertion. A l'aide de cette sonde on pousse une injection d'eau de guimauve tiède dans la cavité utérine. Aussitôt la malade pousse des cris de douleur et se plaint de ressentir des tranchées utérines violentes, qui ne s'apaisent qu'au bout d'une demi-heure, après qu'elle est reportée dans son lit et sous l'influence d'un lavement laudanisé. La journée et la nuit sont assez calmes. Le matin du 7, la malade, sans nouvelle crise de douleurs, voit sortir du vagin le corps étranger, qui nous est présenté à la visite et qui offre les caractères suivants :

Cette masse charnue, d'une configuration rappelant celle du rein, mais très-allongée à ses deux extrémités, a 14 centimètres de longueur, 5 dans sa partie moyenne qui est la plus large. Elle est revêtue extérieurement d'une sorte de membrane lisse, polie, comme séreuse, sur laquelle on ne trouve aucune trace de cicatrice, ni de vestige d'un travail de réparation, de telle sorte que l'extrémité su-

périeure de ce pseudo-polype ne diffère de l'inférieure que parce que cette dernière est comme flétrie.

A la coupe, cette masse charnue offre l'aspect du tissu pancréatique, mais plus rougeâtre. Entre les îlots de tissu spongieux rougeâtre existent des sortes de lamelles blanchâtres qui se coupent les unes les autres, lesquelles lamelles rappellent l'espèce de membrane séreuse extérieure. Dans quelques points, il y a quelques petits noyaux fibro-cartilagineux. L'examen microscopique a fait constater que le tissu de ce pseudo-polype, dont l'aspect rappelle la structure du pancréas, est composé de fibres musculaires utérines plus grosses qu'à l'état normal et de tissu conjonctif.

Le col utérin, encore largement entr'ouvert, mais déjà reformé en partie, présente, au toucher, directement en arrière, une déchirure analogue à celle qu'on observe dans un accouchement régulier. L'utérus fait encore une saillie très-notable au-dessus du pubis et présente encore vers l'angle gauche une bossolure irrégulière; légère douleur abdominale; pas de fièvre. A partir de cette époque, l'utérus se rétracte et vient se renfermer dans l'excavation pelvienne, l'écoulement purulent diminue, pour cesser complétement le dixième ou douzième jour de la fausse parturition; les fonctions digestives se rétablissent, l'appétit revient, et la malade sort de l'hôpital pour être envoyée au Vésinet, le 21 novembre, assez bien portante, mais encore assez profondément anémique.

G. Bernutz,
Médecin de la Pitié.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Paralysies suite d'asphyxie par le charbon; leur traitement. Il s'agit, dans ce fait, d'un homme âgé de trente-sept ans, qui fut apporté, le 19 mai dernier, à l'hôpital de Westminster, dans le service du docteur Radcliffe. Il était sans connaissance, dans un état de coma, ayant la respiration extrêmement fréquente et laborieuse, et ces symptômes étaient la conséquence de l'action des vapeurs du charbon en combustion, auxquelles il s'était volontairement exposé dans l'intention de se donner la mort. Les moyens de traitement mis en usage réussirent à le rappeler à la vie, et, dès le lendemain de son admission, se trouvant hors de danger et ayant pris conscience de lui-même, il voulait quitter l'hôpital. Mais c'est ce qu'il était incapable de faire, car il était resté chez lui, entre autres symptômes consécutifs, une paralysie de la vessie et des membres inférieurs, tant de la mobilité que de la sensibilité, paralysie qui persista plusieurs semaines et s'amenda graduellement, puis disparut, sans que des moyens actifs semblent avoir été spécialement dirigés contre elle.

M. le docteur Maclure, qui rapporte ce fait, paraît n'en avoir jamais observé de semblable, ce qui s'explique très-bien, car ces sortes de paralysies, sans être absolument rares, ne sont pas non plus très-communes. Mais il dit en même temps n'avoir trouvé dans les auteurs tant anglais que

français qu'il a pu consulter, aucune mention de semblables conséquences de l'action délétère du charbon. Elles ne sont cependant pas restées ignorées en France, où elles ont été l'objet, de la part de M. le docteur Hipp. Bourdon, d'un intéressant travail qu'il a consigné dans sa thèse inaugurale, travail qu'il peut être utile de rappeler ici, puisqu'en effet les paralysies consécutives à l'asphyxie par la vapeur du charbon n'en sont qu'une suite assez peu ordinaire pour qu'elles aient chance de n'être pas généralement connues.

M. Bourdon, après avoir rapporté plusieurs observations, dont les unes lui sont personnelles, et dont il a emprunté les autres à divers recueils, trace les règles du traitement, non de l'asphyxie elle-même, mais de ses conséquences. Ce traitement consiste à combattre la congestion cérébro-spinale par les émissions sanguines, saignée générale ou application de sangsues ou de ventouses scarifiées vers la base du crâne, suivant les conditions particulières du chaque sujet, les affusions froides, les révulsifs, etc., afin de prévenir les altérations profondes et les inflammations du cerveau et de la moelle. Lorsque la paralysie persiste et fait croire à une hémorrhagie ou à un ramollissement, il conseille le traitement ordinaire de ces affections, en faisant remarquer à ce sujet que, dans les cas de paralysies consécutives à l'asphyxie, le mouvement fluxionnaire vers l'encéphale n'existant pas ou cédant promptement, on peut avoir recours à divers moyens puissants, la noix vomique, l'électricité, bien plus tôt que dans les cas de lésions cérébrales survenues spontanément. (*Lancet*, juill. 1866.)

Traitement de la céphalalgie par la verveine. Rivière préconisait la verveine officinale dans les maux de tête aigus ou chroniques. C'est d'après le témoignage de l'illustre clinicien que M. Gavini conçut l'idée d'employer ce médicament chez deux dames mariées dont les règles, normales d'ailleurs pour l'abondance et la qualité, s'accompagnaient, pendant près de trente-six heures, d'une céphalalgie intolérable, avec vomissements bilieux, impossibilité d'avaler, coloration des joues, tiraillements oculaires et photophobie. Le mal s'aggravait par les moyens mêmes employés pour le conjurer. La verveine affaiblit d'abord les accès, sans les éloigner immédiatement; puis ils cessèrent. Des essais furent tentés sur d'autres migraines idiopathiques et sympathiques. M. Gavini conclut que la verveine agit moins directement sur l'accès que sur la périodicité. Il conseille, en conséquence, de la prescrire entre les paroxysmes. Elle s'administre, en décoction, à la dose d'une demi-once de feuilles pour deux onces d'eau ou sous forme d'extrait à celle d'un demi-drachme (demi-gros). (*Giornale medica di Roma*, octobre 1865.)

D'un succédané de l'ipécacuanha dans le traitement de la dysenterie aiguë. Dans le numéro de mai de l'*Indian medical gazette*, M. J.-J. Durant, de Shahabad, annonce qu'il a trouvé dans la poudre d'un médicament indien, appelé *mudar*, un excellent succédané de l'ipécacuanha pour le traitement de la dysenterie aiguë. Dans tous les cas où il a prescrit cette poudre, il a vu la guérison survenir au bout d'un petit nombre de jours, ou du moins une modification immédiate se produire dans la nature des selles, qui cessent d'être sanguinulentes pour présenter le caractère de la diarrhée bilieuse. Il l'administre aux mêmes doses, auxquelles on donne habituellement l'ipécacuanha, ne commençant jamais par moins d'un scrupule (1gr,30) et allant rarement au delà d'un drachme (3gr,88). Il la donne ordinairement seule; mais parfois, suivant l'état de l'estomac, il la combine avec le carbonate de soude, la créosote, le bismuth, l'acide prussique, etc. Comme l'ipécacuanha, le *mudar*, à hautes doses, est un cholagogue sûr; c'est également un sédatif des fibres musculaires intestinales, particulièrement de celles du rectum et du colon, soulageant rapidement la douleur, le ténesme et l'irritation. Son effet le plus marqué consiste dans la production d'un flux de bile abondant qui en suit l'usage dans l'espace de vingt-quatre heures. *Mudar* est le nom indien du *calotropis gigantea* (*asclepias gigantea* de Mérat et de Lens), plante qui croît en abondance dans les terrains incultes et sablonneux. La poudre, qui a une faible odeur et est d'une couleur jaune plus claire que celle de l'ipécacuanha, se prépare avec l'écorce de la racine.

Cette racine, que les auteurs du *Dictionnaire de matière médicale et*

de thérapeutique disent fortement vomitive, a déjà été l'objet de travaux de plusieurs médecins anglais qui ont pratiqué dans l'Inde ; mais aucun n'avait encore mentionné son emploi dans le traitement de la dysenterie. (*Lancet*, 7 juillet 1866.)

Emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans la gangrène sénile. Une femme de quatre-vingt-trois ans est prise subitement de douleurs intolérables dans le pied droit ; vingt-quatre heures après, il y avait une teinte générale bleu noirâtre qui s'arrêtait à l'articulation tibio-tarsienne, où un liséré rose indiquait la ligne de démarcation entre la partie saine et les parties malades. Le pied était entièrement froid. Le docteur Gru eut d'abord recours aux préparations opiacées à dose énorme ; mais les douleurs n'en continuèrent pas moins et l'état de la malade paraissait désespéré. Alors notre confrère fit mettre 250 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque dans un pédiluve pouvant aller jusqu'aux malléoles et y fit plonger le pied malade. Au bout de deux heures, il survint un soulagement notable. Alors le pédiluve fut remplacé par des fomentations faites avec la même solution, et leur présence était impérieusement réclamée par la malade, car aussitôt que les compresses étaient enlevées, la douleur reparaissait. Bientôt la chaleur et la coloration normale revinrent insensiblement sous l'influence du topique, l'ongle du deuxième orteil se détacha et il se forma une petite plaie qui se cicatrisa au bout de trois semaines.

Un an après, les mêmes signes précurseurs de la gangrène sénile se manifestèrent au même pied. Cette fois, le chlorhydrate d'ammoniaque fut employé d'emblée, et ses propriétés sédatives se firent immédiatement sentir. Une phlyctène noirâtre se développa vers le bord externe du pied, recouvrant une plaque gangréneuse qui s'élimina, et la plaie était cicatrisée au bout de vingt-et-un jours. Depuis ce temps, aucun accident de ce genre ne se manifesta.

Personne jusqu'ici n'avait parlé de cette action du sel ammoniacal ; espérons que bientôt de nouveaux faits viendront confirmer cette propriété thérapeutique inattendue. (*Bulletin médical de l'Aisne.*)

Doit-on chercher à guérir les affections utérines compliquant la phthisie ? Voilà certes une grave et importante question, qu'aucun médecin sérieux n'a pu guère manquer de se poser, et dont la solution est au plus haut degré intéressante pour la pratique. Cependant, cette solution, si désirable qu'elle soit, certainement difficile du reste, est loin d'être acquise ; car des auteurs, et nous entendons les plus autorisés, les uns l'ont complétement passée sous silence, les autres l'ont résolue d'une manière opposée.

Ainsi, tandis qu'Aran, par exemple, dans ses leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, tandis que M. Courty dans son traité récemment publié sur la matière, s'accordent à regarder l'affection utérine, ulcération, catarrhe, comme une sorte de révulsion qui exerce une influence favorable contre l'évolution de la tuberculisation pulmonaire, et énoncent le précepte de la respecter. M. Henry Bennett est d'une opinion contraire, comme on peut le voir dans une note sur cette question que nous lui avons empruntée l'année dernière. En effet, M. Bennett n'est pas seulement d'avis, ainsi que semble le penser le savant professeur de Montpellier, qu'il est bon de modérer les accidents utérins quand ils deviennent trop fatigants ; il regarde comme « absolument nécessaire que l'affection utérine soit soignée et guérie, si l'on veut que les moyens de traitement, climat et autres, aient chance d'avoir prise sur la maladie du poumon. » (*Bull. de Thérap.*, t. LXIX, p. 56.)

Dans ce même sens se prononce un autre praticien anglais, le docteur Battye, qui, dans une communication récente, a fait part à la Société de Londres du résultat de ses observations depuis quatorze ans, pendant lesquelles il a rassemblé de nombreux exemples de formes diverses de leucorrhée utérine coexistant avec des affections pulmonaires. Dans onze cas, dont il a exposé avec un soin minutieux les symptômes et la terminaison, il a fait voir qu'aussitôt que la leucorrhée a été ou guérie ou amendée, chaque fois les accidents thoraciques ou ont entièrement disparu, ou ont diminué d'étendue et d'intensité. Il a, en conséquence, fortement insisté sur la nécessité pour le médecin de porter de bonne heure et d'une manière spéciale, dans le cours du traitement de la phthisie, son at-

tention sur les écoulements utérins, comme sur une cause constante d'épuisement pour la constitution.

Un pareil désaccord entre des auteurs aussi dignes de confiance doit avoir nécessairement pour conséquence de jeter dans le doute et l'embarras les médecins que leur pratique ne met pas à même de se former par leur propre expérience une opinion personnelle. Il y a donc nécessité à ce que cette question soit mise à l'étude, et peut-être se trouvera-t-il, en fin de compte, que les deux opinions ont leur raison d'être. N'est-il pas possible, en effet, qu'il y ait eu de part et d'autre des conclusions anticipées, ou bien qu'il y ait une spécification à faire entre tels ou tels cas suivant diverses circonstances, comme, par exemple, la date du début des deux maladies coexistantes respectivement l'une à l'autre, la constitution des sujets, le milieu et les conditions d'existence, etc.? (*Lancet*, 11 août 1866.)

Traitement du catarrhe bronchique. L'élément organique que le catarrhe pulmonaire affecte d'une manière spéciale est surtout l'appareil glanduleux, c'est-à-dire les follicules de la membrane muqueuse des bronches. Or, les sirops, pâtes, tablettes, ne tardent pas à devenir un objet de répugnance ; les inhalations, les fumigations, telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui et administrées par les procédés usuels, ne produisent qu'une action passagère, que des effets intermittents et des résultats infidèles; elles sont, de plus, d'un emploi instrumental difficile et incommode.

Pour obtenir un résultat thérapeutique avantageux, il importe d'utiliser simultanément les deux grandes voies d'absorption ; et il faut, de toute nécessité, agir à la fois sur l'air qu'on respire et sur la salive qu'on avale, en les saturant, l'un et l'autre, d'une manière continue et prolongée, de certains principes médicamenteux.

Pour réaliser cette combinaison et cette simultanéité d'action, M. Règis a fait confectionner des bols, composés de baume de Tolu, de myrrhe, d'essences de plusieurs labiées, de camphre et d'iode, ayant pour excipient la cire jaune, qui a la propriété de conserver sans altération la plupart des agents médicamenteux qu'on lui incorpore. Ces bols, placés dans la bouche, y conservent leur solidité et abandonnent peu à peu à la salive et à l'air leurs principes constituants.

Comme condition essentielle de son efficacité, le bol doit être maintenu dans la bouche jour et nuit. Le malade doit avoir soin de faire circuler le bol dans la cavité buccale ; il doit s'attacher à respirer surtout par la bouche et utiliser soigneusement pour la déglutition tout le mucus salivaire, dont la quantité se trouve augmentée par l'action du remède sur les glandes qui l'élaborent. (*Académie de médecine*, 6 novembre 1866.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Instrument pour la transfusion du sang. M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un perfectionnement qu'il a apporté aux instruments destinés à la transfusion du sang.

En 1854, il a fait et présenté à l'Académie deux instruments pour pratiquer cette opération. Le premier était composé d'une ampoule en caoutchouc armée de deux tubes, l'un prenant le sang sur le bras et l'autre le conduisant dans la veine injectée.

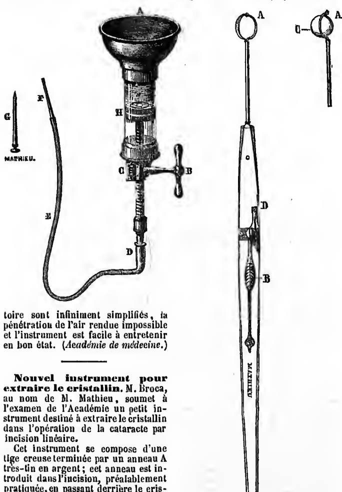
Le second était à peu près le même que celui décrit plus haut ; cependant l'ampoule élastique, qui n'était pas sans inconvénients, avait été remplacée par un petit corps de pompe en cristal. Plus tard, en 1863, M. le docteur Moncoq, de Caen, lui a fait construire un instrument basé sur le même principe, en employant toutefois des tubes de communication beaucoup plus fins, ainsi que l'ajustage que l'on place dans la veine. Cette heureuse disposition contribuait à empêcher la coagulation du sang.

Le modèle qu'il présente aujourd'hui se compose d'un corps de pompe renversé H surmonté d'un entonnoir A ; à la partie inférieure, le piston, perforé dans toute sa longueur, communique à un tube élastique E portant à son extrémité un petit ajutage F, destiné à pénétrer dans la canule du petit trocart G, qui est préalablement placé dans la veine.

Le jeu de cet appareil est facile à comprendre. Le sang fourni est reçu dans l'entonnoir en faisant mouvoir le piston au moyen de la clef B ; il est chassé dans le corps de pompe et

passe naturellement par la tige creuse du piston pour arriver par la canule F dans la veine de celui qui le reçoit.

L'instrument et le matériel opératoire sont infiniment simplifiés, la pénétration de l'air rendue impossible et l'instrument est facile à entretenir en bon état. (*Académie de médecine.*)



Nouvel instrument pour extraire le cristallin. M. Broca, au nom de M. Mathieu, soumet à l'examen de l'Académie un petit instrument destiné à extraire le cristallin dans l'opération de la cataracte par incision linéaire.

Cet instrument se compose d'une tige creuse terminée par un anneau A très-fin en argent; cet anneau est introduit dans l'incision, préalablement pratiquée, en passant derrière le cristallin.

L'instrument étant ainsi placé, l'opérateur presse la pédale B, qui communique à la moitié de l'anneau un mouvement de rotation et l'amène à se juxtaposer sur son autre moitié (en prenant la tige de l'instrument comme axe). Elle fait alors l'office d'une pince qui, dans son mouvement, saisit et englobe le cristallin, qui se trouve tout naturellement entraîné lorsque l'opérateur retire l'instrument.

Le maniement en est d'une grande simplicité. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Séance publique de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle mardi 12 décembre. M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, a rendu compte du concours pour les prix, nous le publierons dans notre prochain numéro.

M. Béclard a prononcé l'éloge de Gerdy En choisissant un tel sujet, le secrétaire de l'Académie allait au-devant des difficultés, mais il a su les vaincre avec un art infini. Tout en rendant hommage aux travaux du physiologiste et du chirurgien, il a dépeint avec vérité cette nature passionnée, ardente, mais inexorable. A diverses reprises, les applaudissements de l'auditoire ont prouvé à l'orateur qu'il avait atteint son but. Qu'il nous soit permis de joindre nos félicitations à celles qu'il a déjà reçues pour son plaidoyor chaleureux en faveur du concours.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Prix de l'Académie. — « De l'érysipèle épidémique. » — L'Académie accorde : — 1° A titre de récompense, une somme de 700 francs à M. le docteur Jules Daudé (de Marvéjols) (Lozère). — 2° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur A. Pujol (de Bordeaux).

Le prix Portal n'a pas été décerné.

Prix Civrieux. — « De la migraine. » — L'Académie accorde : 1° une somme de 500 francs, à titre de récompense, à M. le docteur Merland (de Chaillé), médecin à Luçon (Vendée). — 2° Une somme de 300 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Beni-Barde, médecin à Auteuil. — 3° Enfin une mention honorable à M. le docteur G. de Fajole, médecin à Saint-Geniez d'Olt (Aveyron).

Le prix Capuron n'a pas été décerné.

Prix Barbier. — L'Académie accorde : 1° Une somme de 3,000 francs, à titre de récompense, à M. le docteur Notta (de Lisieux), pour son travail intitulé : *Nouvelles recherches sur l'emploi de la liqueur de Villatte.* — 2° Une somme de 1,000 francs, à titre d'encouragement, à M le docteur Victor Legros, médecin à Aubusson (Creuse), pour son mémoire ayant pour titre : *De la mort imminente par suffocation.*

Le prix Orfila n'a pas été décerné.

Le prix Lefèvre n'a pas été décerné.

Prix Ernest Godard. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur E. Lancereaux, médecin à Paris, pour son travail *sur l'alcoolisme.* — Elle accorde des mentions honorables à MM. les docteurs Becquet (de Paris) et Alexandre Viennois (de Lyon), pour leurs mémoires : *Du délire d'inanition dans les maladies,* et *De la syphilis vaccinale.*

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1867.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose la question suivante : « Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose pour question : « Des diverses espèces de mélanose » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie propose pour sujet de prix : « De la démence. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.) — Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. — Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie met au concours la question suivante : « Faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent, un temps plus ou moins long, dans la cavité utérine, après leur mort. Indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, l'époque à

laquelle il faut faire remonter cette mort. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. — Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. — Il sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1868.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose pour question de prix : « Des épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie pose la question suivante : « Des tumeurs de l'encéphale et de leurs symptômes. » — Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie propose pour question : « Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée. » — Ce prix sera de la valeur de 800 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie met au concours la question suivante : « Du traitement des affections utérines par les eaux minérales. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. (Voyez plus haut les conditions du concours.) — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : « De la digitaline et de la digitale. — Isoler la digitaline ; — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline ? — Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement ? — Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu ? — *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement ? » — Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie interne. — Il sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil (à décerner en 1869). — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, pendant cette cinquième période (1863 à 1868), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. — Ce prix sera de la valeur de 8,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — La question posée par le fondateur est ainsi conçue : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications et les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » — Ce prix pourra être décerné à la séance générale de 1870. — Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

(La suite au prochain numéro.)

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des péritonites puerpérales aiguës partielles et de leur traitement [1],

Par le docteur E. Hervieux, médecin de la Maternité.

IV. — De la péritonite intra-pelvienne (pelvi-péritonite de MM. Bernutz et Goupil ; périmétrite de M. Siredey).

Sans parler des livres hippocratiques qui mentionnent sans les spécifier *les tumeurs* qui surviennent *à la suite des couches*, on peut dire que la connaissance de la péritonite pelvienne remonte à une époque assez reculée.

Jacques Guillemeau, dans son traité *De la grossesse et accouchement des femmes*, etc. (Paris, 1643, p. 482), traité dont la première édition fut publiée en 1602, sous ce titre : *L'heureux accouchement*, a écrit sur l'inflammation de la matrice un chapitre dans lequel il s'exprime ainsi : « Si l'inflammation est universelle, comme il arrive le plus souvent (combien que l'une des parties puisse être plus enflammée que l'autre pour avoir été plus offensée), lors la malade sent et se plaint d'une chaleur et ardeur universellement ; si c'est en une partie, comme en la supérieure et fond d'icelle, *la chaleur se sent plus vers le nombril ;* si c'est à côté, *l'un des flancs est plus chaleureux ;* si c'est vers la partie antérieure, *il y a souvent suppression d'urine ;* et si c'est en la postérieure, *les gros excréments sont retenus et se rendent difficilement et avec douleur ;* si c'est au col, on l'aperçoit facilement en mettant le doigt dedans, comme aussi son corps est du tout enflammé ; car vous ressentez une extrême chaleur et ardeur, comme si vous aviez votre doigt dedans de l'eau chaude... La suppuration étant faite, si la tumeur où est contenue la boue est apparente, comme si elle est au col ou conduit de la matrice, dit *vagina*, elle sera ouverte avec un instrument commode, sans attendre une trop grande putréfaction, à laquelle le lieu étant chaud et humide est sujet. »

Ainsi, dans ce passage si remarquable pour l'époque à laquelle il a été écrit, Guillemeau indique comme conséquences possibles de la métrite puerpérale (je traduis en langage moderne) : 1° la péritonite abdominale antérieure ; 2° la péritonite iliaque ; 3° la

(1) Suite et fin, voir la livraison du 15 octobre, p. 289.

péritonite anté-utérine et rétrò-utérine; 4° enfin, il conseille la ponction vaginale, dans le cas où la collection ferait saillie au voisinage du col utérin. — Il n'est pas inutile de faire remarquer que Guillemeau était élève d'Ambroise Paré.

Delamotte, dans son *Traité d'Accouchement*, cite deux faits de péritonite intrà-pelvienne, avec ouverture, artificielle en l'un de ces cas, spontanée en l'autre, de la collection purulente dans la région hypogastrique. Voici ces deux faits en raccourci :

Femme d'un journalier de la paroisse de Négreville. Accouchement long et fâcheux. Puis, douleurs aiguës dans la région hypogastrique, avec dureté et tension du ventre. Envies continuelles d'uriner; grande oppression; vomissements fréquents. Amélioration à la suite d'un traitement actif. Mais la région hypogastrique reste dure, tendue, douloureuse, avec quelque rougeur. Battements et élancements dans cette partie au bout de quelques jours. Ponction avec une lancette dans la portion la plus déclive au voisinage de l'aîne gauche. Évacuation d'une grande quantité de pus. Guérison.

Autre fait. — Femme de Préval, du Teil. Accouchement gémellaire. Violente commotion morale au cinquième jour. La malade s'était levée pour secourir son mari poursuivi par des malfaiteurs. Frisson consécutif; suppression des lochies; douleurs violentes dans tout le ventre, qui s'apaisent sous l'influence de saignées répétées. Mais au bout de quarante jours, ouverture spontanée, dans la région hypogastrique, à quatre doigts au-dessous et à côté du nombril, d'une vaste collection de pus. Il y avait plus d'un seau de liquide. Guérison.

Sous le titre suivant : *Fièvre puerpérale suivie d'un épanchement dans l'abdomen et d'un dépôt énorme*, Pujol (*Journ. de Méd.*, 1789) a rapporté l'histoire d'une primipare, qui, à la suite d'un accouchement long et laborieux (le travail dura cinq jours), fut atteinte d'une péritonite purulente intrà-pelvienne, laquelle ayant donné lieu à des signes de fluctuation vers le bas-ventre, fut traitée d'abord par la ponction le treizième jour, et le vingt-deuxième, par une incision au niveau de l'ombilic. Malgré ces ouvertures artificielles, il s'en fit une spontanée quatre jours après l'incision du nombril. La collection finit par s'évacuer complétement, et la malade guérit.

Doulcet, dans le *Journal de Médecine*, t. XLIII; Doublet, dans ses *Recherches sur la fièvre puerpérale* et dans les *Annales chirurgicales* (t. II, p. 288); Boyer, dans son *Traité des maladies chi-*

rurgicales; Husson et Dance dans le *Répertoire d'anatomie* de Breschet, et M[me] Boivin, dans ses *Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement* (Paris, 1828, obs. I, p. 3, et obs. III, p. 13), ont rapporté des faits analogues.

Mais c'est surtout grâce au chapitre que M. Andral consacra, dans sa *Clinique médicale*, à *l'inflammation partielle du péritoine de l'excavation du bassin*, qu'une vive lumière fut projetée sur l'histoire de la péritonite intrà-pelvienne.

Les deux observations suivantes, empruntées à la *Clinique* de l'éminent professeur, nous fournissent, la première, un exemple de péritonite rétrò-utérine; la deuxième, un exemple de péritonite purulente circum-utérine. Je ne donnerai de ces faits qu'un résumé succinct.

Obs. I. — A la suite d'un premier accouchement, une jeune femme est atteinte d'une douleur siégeant à l'hypogastre, derrière le pubis, douleur intermittente à la manière d'une névralgie, lancinante, vive, se propageant comme par irradiation vers le col utérin, en haut vers les parois abdominales, en arrière dans la région lombaire. Au bout d'un mois, la douleur devient continue, mais moins intense. L'hypogastre est sensible à la pression, le reste du ventre souple et indolent. Amaigrissement notable, fièvre continue, sueurs fréquentes, diarrhée. L'abdomen en totalité devient étendu et douloureux: affaiblissement rapide; mort. A l'autopsie, sérosité trouble avec mélange de flocons fibrineux amorphes dans le péritoine. Injection vive de la plus grande partie du gros intestin et de la fin de l'intestin grêle. Tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans l'excavation du petit bassin, et disposée de manière que sa moitié droite est interposée entre le corps de l'utérus et le rectum, tandis que sa moitié gauche, cachée en avant par le ligament large, dépasse latéralement ces deux organes. Cette tumeur contient une cavité séparée en plusieurs loges incomplètes, dans chacune desquelles existe un liquide purulent. Ses parois sont constituées par des fausses membranes superposées. L'utérus, les ovaires, le rectum et la vessie ne présentent aucune altération appréciable.

Obs. II. — Accouchement extrêmement laborieux. Dans une première période, douleurs sourdes à l'hypogastre, fièvre continue avec sueurs nocturnes abondantes; dépérissement rapide. Deuxième période marquée par la prostration, l'altération subite des traits, demi-délire et diarrhée abondante. Mort très-prompte. A l'autopsie, engorgement et ramollissement très-marqué du tissu utérin; autour de l'utérus, plusieurs collections purulentes renfermées dans des loges dont plusieurs sont constituées par des fausses membranes entre-croisées en sens différents; sérosité légèrement trouble épanchée dans le reste du péritoine; injection vive à la fin de l'iléon, au cæcum et au commencement du côlon; phlébite des

veines du bassin ; abcès métastatiques dans le poumon droit, le foie et le cerveau.

Dans son intéressant travail sur *les tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue Méd.*, 1841), M. Th. Bourdon a fait connaître des cas de péritonite puerpérale intrà-pelvienne, parmi lesquels nous signalerons spécialement l'observation suivante, dont voici le résumé très-sommaire : Le cinquième jour de l'accouchement, péritonite partielle. Tumeur hypogastrique. Le dix-neuvième jour à dater du début des accidents, péritonite généralisée. Autopsie. Collection purulente interposée à la vessie et à l'utérus. Perforation située à la partie antérieure de cette collection. Adhérences récentes du péritoine abdominal proprement dit.

Nous ne pouvons également qu'indiquer les traits principaux d'une observation de M. Cossy, empruntée aux *Mémoires* de la Société médicale d'observation (1842, t. III, p. 73) : Avortement à deux mois et demi de grossesse. Péritonite pelvienne. Mort trois mois après la fausse couche. Collection purulente intrà-péritonéale occupant la moitié gauche du bassin, ouverte d'une part dans l'intestin grêle à six pieds du cœcum, et d'autre part dans l'*s* iliaque. Kyste séreux ancien de l'ovaire droit.

Jusqu'alors on avait trop souvent confondu la péronite circum-utérine avec les phlegmons circum-utérins. MM. Bernutz et Goupil, en publiant, en 1857, dans les *Archives de Médecine*, leurs recherches sur les phlegmons péri-utérins, puis, dans leur *Clinique médicale*, un article très-étendu sur la pelvi-péritonite, démontrèrent anatomiquement que la presque totalité des prétendus phlegmons péri-utérins n'étaient autre chose que des péritonites pelviennes. Ce point est désormais acquis à la science. Il a été pleinement confirmé par les observations ultérieures.

Lisez les leçons cliniques d'Aran sur les maladies de l'utérus et de ses annexes (1858, obs. XVI, p. 603) ; l'intéressante observation consignée dans la thèse de M. Second-Féréol (Paris, 1859); les faits rapportés par M. Siredey, dans sa thèse sur la *péri-métrite* (Paris, 1860) ; la collection d'observations publiées par M. Béhier, dans sa *Clinique médicale* (art. *Maladies des femmes en couches*), et vous acquerrez la conviction que la proposition émise par MM. Bernutz et Goupil est aujourd'hui à l'abri de toute contestation.

L'ensemble des phénomènes généraux par lesquels se manifeste la péritonite pelvienne ne diffère pas de l'appareil symptomatique

propre à la péritonite généralisée, mais il y a cette différence fondamentale que ce sont les symptômes généraux de la péritonite amoindris, et qu'un certain nombre d'entre eux, si ce n'est la plupart, peuvent manquer. C'est ainsi qu'on observe au début des frissons, des nausées, des vomissements. Mais le frisson, qui est si intense et si rarement absent dans la péritonite généralisée, échappe souvent à l'observateur dans la péritonite intrà-pelvienne, soit qu'en réalité il n'ait pas eu lieu, soit qu'il ait été assez faible pour passer inaperçu. L'expérience nous a appris, à la Maternité, que tout sentiment de froid doit compter comme frisson.

Les nausées et les vomissements ne sont pas des phénomènes plus constants.

La fièvre qui succède à ces phénomènes initiaux peut être assez vive au début ; mais ses allures sont généralement modérées ; l'accélération du pouls et de la peau sont de médiocre intensité.

Avec la fièvre apparaît la douleur, le phénomène le plus saillant de la péritonite intrà-pelvienne, douleur dont le foyer est dans un point quelconque de la région hypogastrique, mais qui s'irradie facilement à toute la région abdominale antérieure, aux lombes, aux fesses, à la partie antérieure des cuisses, et qui s'exaspère : 1° par la pression du ventre à l'extérieur ; 2° par l'exploration vaginale et les moindres mouvements imprimés à l'utérus ; 3° par les grandes inspirations, les secousses de la toux et les moindres mouvements des membres inférieurs.

Il y a en même temps altération des traits, inappétence, constipation. Quelquefois même les symptômes généraux de la péritonite pelvienne sont ceux d'une fièvre grave : facies anxieux, stupeur, prostration, soif intense, sécheresse de la langue, diarrhée, agitation, délire.

Le plus habituellement il ne reste au bout de quelques jours de tout cet appareil symptomatique qu'un peu de fièvre et d'inappétence, phénomènes qui persisteront jusqu'à l'époque du rétablissement, à moins qu'il ne se produise, comme il arrive trop souvent, une recrudescence ou une aggravation des accidents locaux ; auquel cas tous les symptômes généraux du début peuvent reparaître avec une plus ou moins grande intensité.

Quoi qu'il en soit, on voit bientôt avec la fièvre et la douleur survenir dans la région hypogastrique, et toujours dans le point le plus sensible à la pression, un empâtement ou une tuméfaction.

Dans le principe, cette tuméfaction étant profondément située, est malaisément appréciée par le palper abdominal. Elle paraît dif-

fuse, mal délimitée. Ce n'est que plus tard, quand la tumeur a fait des progrès sensibles, quand elle a envahi une des fosses iliaques ou les deux à la fois, que l'on réussit par les pressions extérieures à déterminer ses limites, son volume, sa consistance.

Mais si ce mode d'exploration ne nous donne pas tout d'abord des résultats satisfaisants, il n'en est pas de même de deux autres procédés d'investigation : le toucher vaginal et le toucher rectal.

Par l'exploration vaginale, nous constatons que la température du vagin est augmentée, que cette cavité est baignée par une sécrétion lochiale plus ou moins abondante, que le col utérin est chaud, douloureux, largement ouvert, ses deux lèvres gonflées, volumineuses, quelquefois lisses, plus souvent irrégulières, mamelonnées et comme dentelées par les déchirures consécutives au travail de l'accouchement; que l'utérus est plus ou moins dévié de sa position normale, dans certains cas infléchi et comme tendu sur lui-même, libre ou fixe dans la situation qu'il occupe, mais ordinairement fixe; que son volume n'a pas diminué en proportion de l'intervalle écoulé depuis le moment de la parturition ; qu'il est douloureux à la pression ou lorsqu'on tente de le déplacer ; enfin que l'un ou plusieurs des culs-de-sac vaginaux ne possèdent plus leur souplesse ou leurs dimensions accoutumées.

Lorsque l'inflammation péritonéale porte sur tous les culs-de-sac à la fois, ceux-ci se trouvent refoulés en avant dans la cavité vaginale et presque effacés. Le col, qui ne peut plus être distingué que par son orifice, est pour ainsi dire perdu au milieu de la masse indurée qui fait saillie dans le vagin. Il est entouré de toutes parts par une sorte de bourrelet au fond duquel il faut que le doigt pénètre pour sentir et reconnaître l'orifice utérin.

Le plus ordinairement il n'en est pas ainsi. La tumeur n'existant que d'un côté de l'utérus, le cul-de-sac vaginal correspondant est occupé par une masse dure, rénitente, tandis que le cul-de-sac vaginal opposé est libre, et alors on sent de ce côté le col avec sa longueur et sa résistance ordinaires.

Il ne faudrait pas croire, principalement au début, que le doigt porté dans le cul-de-sac vaginal malade ait la sensation nette et précise d'une tumeur. Ce que l'on perçoit, c'est beaucoup moins une tumeur qu'un empâtement ou une rénitence profonde.

Quoi qu'il en soit, la tuméfaction vaginale peut : 1° être séparée de l'utérus par un sillon, ainsi que l'a observé M. Bernutz (*Clin. des mal. des femmes*, obs. XVI, p. 167); 2° se confondre et, en

quelque sorte, faire corps avec l'utérus ; 3° en être séparée, mais dépendante au moyen de brides adhérentielles.

Lorsqu'il existe une ligne de démarcation tranchée entre l'utérus et la tumeur vaginale, on sent quelquefois au-dessus du sillon séparateur le globe utérin reconnaissable à sa consistance, à sa mobilité, et, dans quelques cas, à son indolence.

Dans le cas de péritonite rétro-utérine, c'est en arrière du col, c'est-à-dire dans le cul-de-sac vaginal postérieur, qu'on sent la tuméfaction, en même temps que l'on trouve le col utérin repoussé en avant et que le rectum paraît, si la tumeur est volumineuse, comme divisé en deux ou converti en une sorte de gouttière demi-cylindroïde ou aplatie. (Bernutz, *loc. cit.*, p. 176.)

La péritonite est-elle anté-utérine, la tumeur, repoussant la muqueuse vaginale, forme en avant du col une sorte de bourrelet derrière lequel on sent l'orifice utérin. Dans ce cas, l'utérus éprouve un mouvement de bascule par suite duquel le col se porte en arrière contre le rectum et le corps en avant du côté de la vessie, à moins que la tumeur, également volumineuse au niveau du fond et au niveau du col de l'utérus, ne refoule l'utérus tout d'une pièce vers le rectum.

Supposez maintenant une tumeur péritonéale latéro-utérine, la matrice subira un mouvement de latéro-version, lequel variera suivant que la tumeur pressera sur le col ou sur le corps ou sur les deux parties à la fois. Hâtons-nous d'ajouter que la péritonite latéro-utérine pure est très-rare. Presque toujours elle se combine avec la péritonite anté-utérine ou avec la péritonite rétro-utérine, mais le plus souvent avec cette dernière, qui est de beaucoup la plus commune des trois.

Faisons encore remarquer que les déviations utérines sont beaucoup moins communes, et, lorsqu'elles existent, beaucoup moins accusées au début de la péritonite intra-pelvienne qu'elles ne le seront par la suite en raison : 1° des progrès de la tumeur ; 2° de la formation des brides pseudo-membraneuses qui, en s'organisant, entraînent des déplacements de plus en plus prononcés de l'organe.

Le toucher rectal complète les révélations fournies par les modes d'exploration précédents. Il nous permet de sentir jusqu'à une hauteur beaucoup plus grande qu'on ne pouvait le faire par le vagin la face postérieure de l'utérus et d'apprécier le volume, la consistance et le degré de sensibilité de cet organe. Il nous éclaire sur l'étendue, la forme, la dureté ou la mollesse de la tuméfaction anormale. Il nous offre la facilité d'explorer l'état des annexes, des liga-

ments larges, des ovaires. Si, dans un grand nombre de cas, le doigt introduit dans le rectum ne perçoit plus, à partir du moment où il s'éloigne du bord de l'utérus pour se rapprocher des annexes, qu'une masse indurée, douloureuse, remplissant le petit bassin et adhérent à ses parois, d'autres fois aussi on peut, suivant Aran, distinguer le ligament large et l'ovaire aux irrégularités ou aux ondulations que présentent ces organes. Cette exploration est plus facile qu'on ne pourrait le croire, si l'on se rappelle que le ligament large et l'ovaire sont entraînés par leur altération et conséquemment par l'augmentation de leur poids vers le plancher du bassin, ainsi que l'a fait remarquer M. Siredey (thèse citée, p. 44).

Enfin, on peut quelquefois saisir la tumeur péritonéale entre le doigt placé dans le rectum et la main appliquée sur la paroi abdominale, imprimer des mouvements à cette tumeur et même percevoir des battements vasculaires exagérés qu'on a attribués, en pareil cas, aux artères des ligaments larges. Il est bien entendu qu'on peut constater ces derniers phénomènes à l'aide du doigt introduit dans le vagin.

Quant à l'exploration à l'aide du spéculum utérin, elle est trop douloureuse chez les femmes récemment accouchées pour qu'on ait recours à ce mode d'investigation. Ce n'est qu'à une époque déjà un peu éloignée de l'accouchement, dix à quinze jours par exemple, qu'on peut s'éclairer des renseignements fournis par l'usage de cet instrument. Voici alors ce qu'il nous apprend :

Le col, plus ou moins ouvert, volumineux, d'un rouge foncé ou livide, parfois exulcéré, laisse échapper un liquide tantôt muqueux, épais, transparent, tantôt mucoso-purulent et blanchâtre. La surface du vagin, surtout dans les culs-de-sac et au voisinage du col, apparaît rouge, granulée, saignante au contact de l'instrument, dépouillée de son épithélium et baignée par un mucus ou un muco-pus qui semble provenir, au moins en partie, d'une sécrétion de la muqueuse de cette cavité. D'autres fois, le col est déjà fermé et revenu, ainsi que le vagin, à son état normal. Je ne mentionne que pour mémoire les déchirures dont la vulve peut être le siége et qui constituent rarement une complication sérieuse.

Tous les symptômes de la péritonite intrà-pelvienne cèdent parfois avec une rapidité merveilleuse à un traitement bien dirigé. D'autres fois, c'est sans cause appréciable que la maladie marche à grands pas vers la guérison. On dirait alors qu'un bon vent a passé sur l'accouchée, tant la transformation est quelquefois grande d'un jour à l'autre. Ce n'est pas là malheureusement le cas le plus ordinaire.

Dans la grande majorité des cas, c'est au bout de quelques semaines que la guérison a lieu. Les progrès sont lents; la fièvre persiste, quoique modérée, avec redoublement vers le soir; l'appétit est faible et capricieux, la langue blanche ou saburrale; la constipation est la règle, mais en temps d'épidémie elle est facilement remplacée par de la diarrhée. La face est pâle, les yeux excavés, les traits légèrement altérés. Quelle différence, toutefois, entre ce facies et celui de la péritonite généralisée!

Il suffit, dans cette situation, d'une cause peu grave pour donner lieu à une aggravation soudaine des accidents locaux et généraux. Cependant, quoique incontestables, les recrudescences ne m'ont pas paru, du moins sur le théâtre où j'ai observé, aussi fréquentes qu'à M. Bernutz. Je les ai remarquées maintes fois, mais elles sont loin d'être constantes.

En suivant jour par jour la progression décroissante de la tumeur, on s'aperçoit que l'hypogastre perd sa sensibilité en diminuant de volume, que l'utérus se rétracte, que l'espèce de gangue inflammatoire qui l'entoure tend à se fondre et que ses abords se dégagent. L'exploration vaginale confirme ces premières données en permettant de reconnaître que les culs-de-sac se reforment, qu'un certain degré de souplesse fait place à la rénitence et à l'empâtement dont ils étaient le siége, que la tumeur circum-utérine se réduit à un noyau de plus en plus limité, et dans quelques cas se fragmente, se décompose en un certain nombre de petites tumeurs qui s'isolent de plus en plus et finissent par disparaître.

Après être restée longtemps stationnaire, la péritonite intrà-pelvienne peut se généraliser tout à coup et amener l'issue fatale.

En général, quand la maladie se prolonge au delà de deux à trois septenaires, lorsque en même temps on voit la malade pâlir de plus en plus, le teint prendre même une nuance jaunâtre, l'appétit rester nul, la fièvre hectique s'établir, de petits frissons apparaître, il y a lieu de supposer que le foyer péritonitique est devenu purulent; auquel cas la collection tend à s'ouvrir suivant l'un des divers modes que nous avons signalés, le plus ordinairement dans l'intestin ou à l'extérieur.

Lorsque le foyer se vide complétement et que l'ouverture du kyste péritonéal se cicatrise sans peine, la guérison ne se fait pas longtemps attendre. Mais si l'ouverture reste fistuleuse, si le foyer, se trouvant anfractueux ou trop vaste, ne réussit pas à s'évacuer d'une manière suffisante, les frissons erratiques continuent, suivis de sueurs abondantes; il y a amaigrissement profond, perte des forces,

subdélirium, diarrhée incoercible, muguet, etc., et la mort arrive au milieu des symptômes de l'infection putride. Dans un cas de ce genre, M. Siredey a vu tout le côté droit de la cavité pelvienne converti en un vaste foyer gangréneux, communiquant avec la face inférieure de la vessie et avec le vagin. Les os étaient à nu et le plexus sacré baignait dans le foyer. Il y avait eu pendant la vie paralysie complète du membre inférieur correspondant (thèse citée, obs. VIII).

Parmi les complications les plus remarquables qu'on peut observer dans le cours de la péritonite intrà-pelvienne puerpérale, il faut noter la métrorrhagie et les accidents nerveux hystériformes. Ces phénomènes, sur lesquels M. Bernutz a spécialement appelé l'attention, sont plus communs hors l'état de couches que dans l'état puerpéral. Nous ne mentionnerons que très-secondairement l'incontinence ou la rétention d'urine, l'hydronéphrose, l'urémie, l'albuminurie, les affections intestinales, telles que l'entérite ulcéreuse, et les maladies des cavités thoracique et encéphalique que nous avons déjà indiquées plus haut.

La péritonite intrà-pelvienne doit être distinguée : 1° de la métrite ; 2° de l'hématocèle circum-utérine ; 3° du phlegmon iliaque ; 4° du phlegmon du ligament large et de l'ovarite.

Le diagnostic différentiel de la métrite puerpérale aiguë et de la péritonite intrà-pelvienne est très-facile. Dans la métrite aiguë puerpérale, l'utérus reste volumineux. Il fait, dans la région hypogastrique, une saillie plus ou moins considérable, qui s'élève souvent jusqu'à l'ombilic et, dans tous les cas, dépasse de plusieurs travers de doigt la branche horizontale du pubis, persiste ainsi pendant cinq, six, huit et dix jours sans présenter de tendance notable à la rétraction et se fait remarquer par sa forme sphérique, l'absence d'inégalités à sa surface, sa dureté presque pierreuse et sa sensibilité à la pression, surtout au niveau des angles de l'organe. Le toucher vaginal combiné avec l'application de la main sur l'hypogastre permet de reconnaître que cette tumeur n'est autre chose que l'utérus, et que, malgré son poids et son volume, elle est libre d'adhérences et se laisse déplacer assez facilement.

Dans la péritonite intrà-pelvienne, la tumeur, quand elle se manifeste à la région hypogastrique, consiste dans un empâtement, dans un noyau mal délimité et qui n'a jamais la forme régulière, la dureté, la rénitence spéciale, la mobilité de l'utérus atteint d'inflammation puerpérale. De plus, le toucher révèle l'existence, dans l'un des culs-de-sac vaginaux, d'une tumeur qui non-seulement

n'est pas l'utérus, mais qui en est parfois très-distincte. D'ailleurs, le début de la péritonite pelvienne est presque toujours marqué par des symptômes généraux plus graves que celui de la métrite, à moins que cette dernière ne se complique elle-même de péritonite ou de phlébite utérine.

L'hématocèle circum-utérine étant extrêmement rare dans l'état puerpéral, on pourrait, dans la pratique, négliger cette éventualité. Mais l'hypothèse d'une hématocèle étant admise, voyons comment elle pourra être différenciée de la péritonite intrà-pelvienne.

Le frisson de la péritonite est généralement unique; celui de l'hématocèle, toujours moins intense, se répète à plusieurs reprises, autant de fois qu'il y a de nouvelles quantités de sang épanchées; en outre, il s'accompagne de lipothymies, de syncopes et d'une soif ardente.

Dans la péritonite, réaction intense; dans l'hématocèle, peu de réaction et, de plus, tendance à l'algidité.

Formation lente et progressive de la tumeur dans la péritonite; apparition plus rapide de la tumeur dans l'hématocèle; en outre, fluctuation plus nette, volume plus considérable, résorption plus rapide dans l'hématocèle que dans la péritonite. Suivant M. Nélaton, l'examen au spéculum ferait constater dans l'hématocèle une rougeur violacée, ecchymotique de la muqueuse vaginale avec amincissement si prononcé dans certains cas, que cette membrane laisserait voir par transparence la coloration du liquide sanguin.

Le phlegmon iliaque (et par cette appellation nous désignons seulement le phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque) se distinguera de la péritonite pelvienne par les caractères suivants: empâtement profond de la région iliaque, soulèvement de la paroi abdominale immédiatement au-dessus du ligament de Fallope; marche envahissante de la collection purulente; sa tendance à décoller les organes, à se faire jour sous forme de fusées, tantôt au voisinage du rectum, tantôt à la fesse en suivant le trajet du nerf sciatique, tantôt à la partie supérieure et antérieure de la cuisse après avoir traversé le canal crural, ou bien dans les grandes lèvres en accompagnant le ligament rond. Les collections purulentes intrà-péritonéales pelviennes, alors même qu'elles prennent un certain développement et qu'elles tendent à s'ouvrir spontanément, suivent de tout autres voies. C'est à travers la peau de l'hypogastre ou dans une portion quelconque du tube digestif, ou dans le vagin, la vessie, l'utérus, le péritoine que le pus se fraye un passage.

Au point de vue pratique, il n'y a qu'un médiocre intérêt à diffé-

rencier le phlegmon du ligament large de la péritonite intrà-pelvienne, ces deux lésions coexistant dans la grande majorité des cas. Nous rappellerons toutefois que, dans le phlegmon du ligament large, la tumeur, transversalement située, fait corps avec l'utérus, et que, si elle est facilement perçue à l'aide du toucher rectal, elle peut échapper au toucher vaginal. Dans la péritonite intrà-pelvienne, au contraire, c'est par le vagin que l'on constate surtout la tumeur. Celle-ci a déprimé et parfois complétement effacé un ou plusieurs des culs-de sac; elle entoure l'utérus, mais sans se continuer avec lui ; elle présente, en outre, rarement la direction transversale propre au phlegmon du ligament large et perceptible surtout par la pression de la paroi hypogastrique.

La péritonite intrà-pelvienne puerpérale aiguë donne lieu à des indications thérapeutiques très-différentes, suivant qu'elle revêt la forme séro-adhésive ou la forme purulente.

Dans la forme séro-adhésive, il faut recourir à l'emploi de tous les moyens que nous avons conseillés pour la péritonite iliaque, en ayant soin d'exercer une surveillance très-attentive sur l'état du rectum, de la vessie et des parties génitales. Ainsi, on devra combattre activement la diarrhée et la constipation quand elles existent, la diarrhée en raison de l'épuisement rapide qu'elle amène, la constipation en raison de la gêne mécanique qu'elle occasionne. Le cathétérisme vésical et les diurétiques seront mis en usage, quand l'urine sera retenue dans la vessie, soit par un spasme, soit par une inflammation de l'organe et de son canal excréteur. Aux lochies purulentes et fétides, on opposera les injections avec l'eau chlorurée, et, si les plaies se couvrent d'eschares, avec une éponge imbibée du même liquide ; à la métrorrhagie, les astringents à l'intérieur, l'extrait de ratanhia, l'eau de Rabel, le seigle ergoté, et, si l'hémorrhagie prenait des proportions inquiétantes, la glace sur le ventre, et, au besoin même, le tamponnement.

Lorsque la péritonite pelvienne s'enkyste et devient purulente, ce dont on est averti par les frissons répétés, la teinte jaunâtre de la peau, la fièvre hectique, les sueurs et cet ensemble de phénomènes qui caractérise la cachexie purulente, il faut avoir recours à l'alcoolature d'aconit, à l'acide phénique et à tous les médicaments réputés antiseptiques, joindre à ces moyens l'emploi des toniques : vin, quinquina, ferrugineux, et, dans le cas où la collection purulente tendrait à se faire jour à l'extérieur, intervenir chirurgicalement.

L'intervention chirurgicale, dans le cas de péritonite intrà-pel-

vienne, est quelque chose de trop grave pour qu'il ne soit pas nécessaire ici de préciser les indications.

Lorsque la péritonite tend à s'ouvrir par la paroi abdominale antérieure, lorsque le travail de perforation ne rencontre pas de difficultés sérieuses, lorsque l'état général reste d'ailleurs satisfaisant, il faut se borner à surveiller, en les favorisant, les efforts de l'organisme.

Mais lorsque ces efforts sont impuissants, lorsque l'économie s'épuise dans une lutte énergique et désespérée, lorsque la barrière qu'oppose au passage de la collection péritonéale la paroi antérieure de l'abdomen est trop solide ou trop épaisse pour être franchie, lorsque des accidents généraux graves se manifestent et font redouter une mort prochaine, l'opération est indiquée.

Toutefois, avant d'y procéder, on devra s'assurer que la collection intrà-péritonéale est bien circonscrite et enkystée, que le siége et les limites de la matité correspondante à la tumeur ne se déplacent pas, quelles que soient les attitudes données au tronc ; que la saillie formée par cette tumeur donne à son centre le sentiment de la fluctuation, à son périmètre celui de la dureté et de la rénitence, enfin que la collection tout entière fait corps avec la paroi antérieure de l'abdomen et ne présente aucune mobilité. A ces conditions seulement, on pourra pratiquer la ponction.

A quel mode opératoire faudra-t-il avoir recours ? S'il s'agissait, comme dans l'ascite, d'un liquide séreux plus ou moins clair, plus ou moins limpide et sans mélange aucun de parties solides, le trocart pourrait être employé avec avantage, et encore est-il probable qu'on serait obligé d'avoir recours à d'autres ponctions ultérieures.

Mais les faits démontrent que le liquide inclus dans la poche est presque toujours d'une certaine consistance, qu'il est souvent mélangé de flocons pseudo-membraneux susceptibles d'obturer la canule, ou même trop volumineux pour s'y engager. Or, comment espérer d'obtenir l'évacuation parfaite du foyer avec une ouverture dont les dimensions seraient si restreintes ? Et puis, ne sait-on pas que, alors même qu'on y parviendrait, la sécrétion purulente continuerait après ce mode d'ouverture artificielle, et que ce serait bientôt à recommencer ?

Je crois que, dans les cas de péritonite manifestement perforante, l'ouverture large et franche, à l'aide du bistouri, est le moyen le plus sûr et le plus prompt d'arriver à la guérison. Non-seulement, en effet, on échappe à l'inconvénient des ponctions multiples, mais encore on ouvre au foyer une large issue qui prévient tous les effets

fâcheux de la rétention du pus, ou du moins de son évacuation incomplète.

Quant aux dangers possibles de ce mode opératoire, ce seraient : 1° la précipitation de l'intestin dans l'ouverture artificielle ; 2° la pénétration de l'air extérieur dans le foyer.

Mais, dans toutes les observations connues jusqu'ici, jamais on n'a vu aucune anse intestinale se présenter à l'ouverture du foyer ; et, d'une autre part, pourquoi redouterait-on les effets de l'introduction de l'air dans la poche, puisque cette poche est sans communication avec le reste de la cavité péritonéale, et puisque, d'autre part, la guérison a toujours été la règle dans le cas d'ouverture spontanée ?

L'incision une fois pratiquée, doit-on recourir à des injections médicamenteuses ou détersives ? Dans les cas qui me sont propres, je me suis abstenu de toute injection, et je crois qu'il est sage d'imiter cette conduite. Si, cependant, le pus, au lieu de diminuer d'abondance et de prendre un bon aspect, s'altérait de plus en plus, devenait séreux, fétide, se mélangeait de gaz, etc., si ces accidents donnaient lieu à des phénomènes d'infection putride, on serait autorisé à faire usage d'injections, d'abord émollientes, puis antiseptiques. Mais, encore une fois, on ne saurait user à cet égard d'une trop grande réserve, l'injection pouvant rompre quelques adhérences et se répandre dans la cavité du péritoine.

Par les mêmes motifs, on devra s'abstenir de pressions sur le foyer ou sur son voisinage, d'explorations avec le stylet ou la sonde cannelée ; en un mot, de toute manœuvre susceptible de détruire le travail adhérentiel. Ce n'est que sous le bénéfice de toutes ces précautions qu'on peut se flatter d'obtenir par l'ouverture artificielle les résultats favorables que la perforation spontanée de la paroi abdominale antérieure suffit dans quelques cas à nous procurer.

N'y aurait-il pas avantage, dans le cas de péritonite pelvienne purulente, à faire la ponction par le vagin ? C'est là, en effet, que l'inflammation est le plus intense, c'est là que le pus s'accumule, puisque c'est le point le plus déclive, et enfin, comme l'a fait remarquer M. Féréol dans sa thèse (*loc. cit.*, p. 74), le conduit vaginal dont les parois viennent réciproquement au contact remplir assez bien les conditions d'un trajet fistuleux et par conséquent semblent parfaitement disposées pour faire obstacle à l'entrée de l'air dans le foyer. A cela je n'ai qu'une objection à faire, c'est que l'on ne réussit presque jamais par le toucher vaginal à sentir nettement la

fluctuation. Or, pour pratiquer une opération déjà si périlleuse, il faut par devers soi autre chose qu'une probabilité. En second lieu, en admettant qu'on pût acquérir la certitude de l'existence de la fluctuation dans les culs-de-sac, on ne saurait se dissimuler le danger qu'il pourrait y avoir d'intéresser le péritoine ou une anse intestinale comprise dans les parois du foyer. Sans repousser complétement l'ouverture artificielle par le vagin, je crois qu'il ne faut y recourir qu'avec une extrême réserve et seulement dans les cas où l'existence des malades paraît être gravement menacée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Anévrisme du pli du coude. Ligature par la méthode d'Anel, incision du sac; insuccès. — Double ligature dans le sac. Guérison.

Par M. P. Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Si le traitement de l'anévrisme et en particulier de l'anévrisme artério-veineux est difficile, le diagnostic de cette lésion est, par contre, ordinairement des plus aisés. Les battements isochrones aux pulsations artérielles, le mouvement d'expansion, le bruit du souffle, etc., d'une part, et d'autre part le thrill et le souffle continus avec redoublement à chaque systole du cœur, ne laissent aucun doute dans l'esprit du chirurgien. Il est un cas cependant où le diagnostic devient fort difficile, c'est lorsque l'inflammation s'est emparée de la poche, y a provoqué le dépôt de caillots, et que les symptômes propres à l'anévrisme ont disparu. C'est alors que des erreurs fort graves ont pu être commises. J'ai dernièrement observé un cas de ce genre. Il m'a paru impossible d'affirmer à quelle variété d'anévrisme j'avais affaire. Je dois dire, toutefois, que quelques membres de la Société de chirurgie et l'un des plus compétents dans la matière, M. Broca, ont incliné pour un anévrisme artériel.

Voici ce fait, rédigé d'après les notes qu'a recueillies M. Lannelongue, aide d'anatomie à la Faculté, interne du service :

Bertrand Etienne, vingt-quatre ans, terrassier, né à Châteauroux, entre le 17 septembre 1866 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Denonvilliers.

Le 14 juillet dernier, à dix heures du matin, cet homme a été saigné par une sœur de charité de la commune d'Alvan. La saignée avait été pratiquée dans le but de le guérir d'un refroidissement qui

lui avait occasionné de la fièvre. Aussitôt, un flot de sang a jailli à une distance de plus de deux mètres, et la sœur effrayée a immédiatement appliqué un bandage compressif très-serré qui a arrêté l'hémorrhagie. Mais dans la journée, le membre a gonflé, et dès le lendemain une ecchymose noire apparaissait sur l'avant-bras et descendait vers la main. Bientôt des douleurs vives, produites par la tension des parties, se sont déclarées, et dès le surlendemain de l'opération, la même sœur lui enlevait l'appareil. La plaie n'a plus fourni de sang, mais le malade raconte qu'alors son bras était énormément gonflé, noir. Les jours suivants, ce gonflement diminua à l'avant-bras, mais persista au pli du coude, où il forma une tumeur circonscrite; bientôt cette tumeur présentait des battements que lui-même reconnut le premier, et c'est à ce moment qu'il alla trouver un médecin.

Depuis le 1er août jusqu'au 9 septembre, la tumeur a persisté sans éprouver aucun changement, elle était indolente, et cet homme n'en était inquiet qu'à cause des battements auxquels elle donnait lieu.

Le dimanche 9 septembre, sans cause connue, sans traumatisme, sans fatigue, car il avait cessé de travailler, la région du coude devint douloureuse; la tumeur augmenta de volume, et cessa de battre. Les jours suivants, une légère rougeur apparut sur la peau au niveau du point le plus saillant. Enfin le jeudi, les douleurs spontanées étaient très-vives; du coude elles s'irradiaient dans l'avant-bras en suivant le trajet du médian; la douleur était également ressentie dans les doigts, et particulièrement dans l'auriculaire. Le vendredi matin, une fièvre intense précédée de frissons et d'envies de vomir se déclare. Les douleurs sont très-fortes. Dans cette situation, le médecin qui le soigne l'engage à venir à Paris, sitôt que la fièvre aura diminué; se trouvant un peu mieux le dimanche, il part pour Paris, et se présente à la Charité le lundi matin.

Cet homme, qui mène à la campagne une vie pénible et laborieuse, n'a jamais été malade; mais depuis l'âge de seize ans il est épileptique, circonstance aggravante, puisque la poche anévrismale est plus exposée à se rompre dans une attaque.

Les accès reviennent par intervalles assez réguliers de quinze jours à un mois et s'accompagnent de perte complète de connaissance. Voici l'état dans lequel je le trouve à son entrée :

L'avant-bras gauche est au quart fléchi sur le bras, le malade ne peut l'étendre sans difficulté. Il existe une tumeur commençant à la partie moyenne du bras au-dessous et en dedans de l'insertion

du deltoïde, et occupant la face antérieure et interne jusqu'à l'épitrochlée; sa direction longitudinale suit l'axe du membre. Cette tumeur, bien dessinée, a pour limites : en dehors, le bord externe du biceps, sous la face profonde duquel elle s'engage; en dedans, elle remplit la dépression sus-épitrochléenne; elle descend en bas au-dessous du pli du coude, pénétrant dans l'avant-bras, où ses limites sont moins accusées.

Au point où a été pratiquée la saignée, cette tumeur forme une saillie acuminée; et à ce niveau la peau qui la recouvre est rouge, chaude, très-distendue, très-fine comme si elle allait se crever; la fluctuation y est des plus manifestes. Au-dessus de cette saillie, la tumeur présente une rénitence et une certaine tension avec apparence de fluctuation sans changement de couleur à la peau. La palpation de la tumeur ne permet de reconnaître aucun battement, aucune espèce de frémissement. L'auscultation ne m'a permis d'entendre aucun bruit de souffle. La compression de l'artère humérale au-dessus de cette tumeur ne modifie pas les caractères précédents. Les battements sont perçus dans la cubitale et la radiale, mais ils paraissent moins forts dans cette dernière que dans la radiale du côté sain. Les veines de l'avant-bras et du bras n'offrent aucune modification apparente.

Cet homme ne ressent plus dans la tumeur les douleurs spontanées qui existaient les jours précédents. Mais la pression les réveille, et les rend assez vives. Par contre, il ressent à l'extrémité des doigts, et particulièrement au bord externe du petit doigt, des élancements rapides qui reviennent par intervalles. A d'autres moments, il éprouve des picotements, une sorte d'engourdissement dans la peau de la main et dans les doigts. Quelques douleurs se développent également sur le trajet du médian.

Certes, en présence des symptômes que je viens de décrire, le diagnostic eût été fort embarrassant si les circonstances de l'accident n'eussent pas été aussi précises. La tumeur ressemblait absolument à un abcès chaud qui va s'ouvrir spontanément; mais il n'y avait pas de doute possible : nous étions en présence d'une poche anévrismale enflammée. L'inflammation avait déterminé la formation de caillots, et par suite la disparition absolue des signes propres à l'anévrisme. Quant à préciser la variété d'anévrisme, mon embarras était beaucoup plus grand, et à l'heure qu'il est, lorsque j'en ai obtenu la guérison, je ne me crois pas en mesure, faute de renseignements suffisants sur l'état de la tumeur à son début, d'affirmer que j'ai eu affaire à un anévrisme artérioso-veineux,

ou bien artériel faux primitif. Toutefois, la nature de la cause, et l'insuccès de la méthode d'Anel me feraient pencher pour un anévrisme artérioso-veineux.

Quel traitement opposer à cet anévrisme? Il n'y avait pas à songer, bien entendu, à la compression soit directe ou indirecte, aux injections coagulantes, non plus qu'aux applications locales quelconques. Deux méthodes de traitement pouvaient être surtout mises en pratique : ou bien la méthode d'Anel, la ligature au-dessus du sac, ou bien l'ouverture de la poche et la ligature au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle. Je me contentai d'abord de rester spectateur attentif et donnai seulement au malade du bromure de potassium afin de diminuer la fréquence des accès épileptiques, ce qui, du reste, a parfaitement réussi ; mais je poursuis l'observation prise au jour le jour par M. Lannelongue.

21 septembre. L'état général est bon ; le malade, ayant subi un examen de la part de plusieurs élèves, éprouve des douleurs plus vives dans la tumeur ; elle est plus sensible au toucher. Les douleurs de l'avant-bras suivent assez régulièrement le trajet du médian ; elles sont peu vives dans la main. L'attitude du membre n'a pas changé. La coloration de la tumeur est plus foncée, elle a gagné du côté interne du coude.

23 septembre. Le malade a éprouvé, dans la nuit, quelques petits picotements dans la tumeur ; le gonflement s'est étendu vers l'épitrochlée, en même temps que la rougeur. La pression en ce point est douloureuse ; la peau, extrêmement amincie, menace de se perforer.

25 septembre. La chaleur de la peau est plus grande, la fluctuation encore plus superficielle et les douleurs spontanées plus fortes. Prévoyant la possibilité d'un abcès en dehors de la poche, et désirant d'ailleurs prévenir la rupture spontanée afin d'être présent en cas d'accident, je me décide à faire avec le bistouri une sorte de ponction exploratrice dans la partie la plus saillante de la tumeur : par cette ouverture sort du sang noir, coagulé ; et la pression fait sortir de nouveaux caillots. L'examen attentif de la surface du contenu de la poche ne permet de constater aucun soulèvement, aucun mouvement. L'état général du malade est excellent.

26 septembre. Par l'incision d'hier, il s'est écoulé un peu de sang qui a taché le pansement, la pression fait sortir de nouveaux caillots noirs, sans aucun mélange de produits d'inflammation ; à la surface de la plaie se montre un caillot fibrineux, jaunâtre, actif, adhérent.

Les bords de l'ouverture sont décollés et la tumeur est plus douloureuse qu'hier, l'avant-bras est un peu plus fléchi sur le bras.

27 septembre. Ulcération des bords de la plaie, nouvelle issue de caillots. La tumeur a augmenté de volume, ou plutôt un gonflement s'est montré à la partie supérieure de l'avant-bras; ce gonflement diffus est douloureux ainsi que la tumeur elle-même, le malade y a ressenti des élancements plus forts; pas de fièvre.

28 septembre. Le malade a eu hier au soir un vomissement immédiatement après son repas; il a beaucoup souffert pendant la nuit dans l'avant-bras. On constate, en effet, que le gonflement s'est propagé jusqu'au poignet; il est œdémateux sans rougeur. Le bras lui-même a augmenté de volume au-dessus de la tumeur; il y a de la fièvre, la peau est chaude, le pouls est fréquent, développé, à 110. Dans la journée surviennent un hoquet persistant avec envies de vomir, et même deux vomissements bilieux. La fièvre est très-forte; le facies altéré, grippé, abdominal, exprime la souffrance.

29. L'état général est plus mauvais encore. Fièvre continuelle, pouls à 120; peau chaude, hoquet incessant, nausées, langue sèche; le gonflement est plus marqué qu'hier; au bras il est surtout prononcé à la partie interne jusque dans l'aisselle; les battements de l'axillaire sont difficiles à percevoir; la tumeur du pli du coude, qui se confond avec ce gonflement, est très-douloureuse au toucher; le malade y perçoit des élancements rapides.

30 septembre. Il s'est fait dans la nuit une perforation spontanée à côté de l'incision pratiquée par le bistouri, la peau s'est gangrenée. En présence de ces accidents généraux si pressants, il était urgent de prendre un parti. Il fallait fendre le sac et le vider des caillots de sang qu'il contenait; mais, voulant me mettre à l'abri d'une hémorrhagie violente et peut-être difficile à arrêter, je crus devoir préalablement lier l'humérale au-dessus du sac, dans le point où elle se continue avec l'axillaire.

1° *Ligature de l'humérale à son origine.* Les battements de cette artère, au point où elle va être liée, sont à peine sentis, à cause du gonflement. Une incision de six centimètres environ est pratiquée dans la direction connue de l'artère. La limite inférieure de cette incision est immédiatement au-dessus du sac anévrismal. Elle comprend successivement la peau, les tissus sous-cutanés, infiltrés d'une sérosité visqueuse, l'aponévrose d'enveloppe du membre. Le bord interne du biceps est découvert au point où il va s'accoler au coraco-brachial. Immédiatement au-dessous de ce bord, on découvre le paquet vasculo-nerveux, puis le nerf médian.

Celui-ci, écarté et abaissé avec soin, permet de trouver aussitôt l'artère, dont le calibre paraît inférieur à celui de l'état normal. Immédiatement après la ligature, le malade éprouve dans les doigts une douleur assez vive, suivie de picotements et d'un engourdissement du membre. Il n'est pas douteux que c'est bien l'artère qui est liée, car immédiatement les battements sont supprimés à la radiale. L'opération a duré douze minutes.

2° *Ouverture du sac.* La poche est incisée largement dans toute sa longueur. On enlève tous les caillots qu'elle contient; et on remarque alors qu'il n'existe qu'une seule cavité, dont les parois, anfractueuses, inégales, sont tapissées par des caillots fibrineux adhérents. La poche est remplie de charpie. Pansement simple sur la plaie de la ligature.

Immédiatement après l'opération :

Température du bras sain, dans l'aisselle : 39° 1/2; dans la paume de la main, 39 degrés. Température du bras malade, paume de la main, 34 degrés.

1er octobre. Déjà, hier soir, le hoquet avait disparu; aucun vomissement ne s'était produit; le malade se plaignait seulement de douleurs assez vives au niveau de la ligature. La nuit a été agitée, sans sommeil.

Aujourd'hui, le malade est sous le coup d'une réaction générale assez forte, il est assoupi. La peau est chaude; pouls, 106. Le gonflement du membre n'a pas diminué. La surface des plaies est sèche. Pas de battements perceptibles à la radiale. Sensibilité de la main, intacte. Au toucher, la température de la main est plus basse que dans la main opposée; mais elle n'est pas froide. Au thermomètre, 34° 1/2. Il est difficile d'apprécier exactement le degré. Le bras malade présente de fréquents soubresauts tendineux.

2 octobre. Il existe une amélioration marquée. La physionomie générale est satisfaisante; la face légèrement colorée. Pouls à 100. Le malade a mangé avec plaisir. Le gonflement de l'avant-bras a diminué. La plaie de la ligature commence à suppurer. Le tendon du biceps traverse la cavité de la poche dans le sens de la longueur et la divise en deux étages. Pansement à l'alcool.

Température : main droite, 38 degrés; main gauche, 35 degrés.

4 octobre. Etat général très-bon. Le malade a recouvré sa gaieté, il s'est levé aujourd'hui. Le gonflement a disparu, mais on remarque que l'avant-bras est plus fléchi que de coutume, ce qui s'explique par la rétraction inflammatoire du biceps. On ne peut

l'étendre sans douleur. Les plaies suppurent abondamment. Le fond de la poche présente déjà des bourgeons charnus. Absence de douleurs ; pas de battements dans la radiale.

Température du bras malade, 36° 1/4 ; bras sain, 37° 3/4.

5 et 6 octobre. L'amélioration persiste. Bon appétit. Suppuration abondante. Absence de battements de la radiale.

Température : main droite, 37° 1/4 ; main gauche, 35° 3/4.

7 octobre. Même état. Après avoir défait le pansement, on remarque dans le pus qui sort par la plaie du coude quelques petits caillots brun-noirs, de la grosseur d'un pois, mêlés au pus ; ils sont récents ; mais rien dans l'état du fond de la poche ne peut expliquer leur présence. Pansement à l'alcool.

Un quart d'heure après cet examen, un infirmier accourt en toute hâte nous annoncer qu'une hémorrhagie vient de se produire. En effet, le pansement est traversé par le sang qui coule abondamment dans le lit du malade. La plaie découverte, un flot jaillit du fond de la cavité de la poche. Un aide fait immédiatement la compression dans l'aisselle, au-dessus du point ligaturé. Puis, la poche nettoyée avec soin, je procède à la ligature du bout inférieur. Pour cela, une incision est pratiquée, partant de la cavité du sac et prolongée dans la direction connue de l'artère, jusqu'au-dessous du pli du coude. Les parties molles sont divisées, et ici commence une dissection difficile au milieu des couches de fibrine et de tissus indurés. On arrive ainsi sur un cordon, dur, blanc, qui n'est autre que l'artère. On s'assure que ce n'est pas le nerf médian, et un fil est passé derrière le vaisseau. La ligature serrée et la compression levée, le sang rejaillit avec violence. Je vais alors à la recherche du bout supérieur, que je trouve sans trop de difficulté, car la première ligature me fournit un guide précieux. A ce moment nous avons pu voir la plaie artérielle d'où sort le sang. Aussitôt le fil serré, l'hémorrhagie s'arrête complétement. Celle-ci s'était donc produite par le bout supérieur du vaisseau et non par le bout inférieur, comme on l'observe le plus souvent.

A la suite de cette opération, le malade est très-affaibli ; il est pâle, décoloré, le pouls est petit et fréquent.

Température : côté sain, 36° 3/4 ; côté malade, 35° 1/2.

Chose singulière, les battements de la radiale, qui avaient disparu depuis la première ligature, se montrent de nouveau, toutefois avec une grande faiblesse.

Le 8 octobre, le malade a de la fièvre, la peau est chaude, pouls à 112 ; soif vive. Langue sèche et blanche ; absence d'appétit. La

plaie du coude n'offre rien de particulier, non plus que celle de l'aisselle ; elles suppurent toutes les deux. Le malade n'éprouve, d'ailleurs, aucune douleur dans le membre ; seulement l'avant-bras est fléchi presque à angle droit sur le bras. Température : paume de la main, bras sain, 39 degrés ; paume de la main, malade, 38 degrés.

Le 9 octobre. Chute de la ligature supérieure. Il s'est écoulé neuf jours pleins, depuis qu'elle a été jetée sur le vaisseau. L'anse circonscrite par le nœud est très-peu considérable ; elle reçoit à peine la tête d'une épingle. Les plaies ayant une légère odeur, on panse avec la charpie carbonifère.

Le 10 octobre. La fièvre est tombée et l'appétit reparait. Les plaies sont en très-bon état ; la radiale a de nouveau cessé de battre. Température : paume de la main bras sain, 37° 1/2 ; paume de la main malade, 35° 1/4.

Le 12 octobre. Température : bras sain, paume de la main, 37 degrés ; bras malade, paume de la main, 35 degrés.

13 octobre. La ligature placée au-dessous de la plaie artérielle tombe après six jours. Le fond de la cavité de la poche est recouvert de bourgeons charnus. Bon appétit. Le malade se lève toute la journée.

15 octobre. La troisième ligature tombe le huitième jour. Température : 37° 1/4 ; 36 degrés.

Rien de particulier du 15 au 22. Ce jour-là, les battements de la radiale reparaissent de nouveau.

23 octobre. Température : paume, main saine, 36° 3/4 ; paume, main malade, 36° 1/4.

27 octobre. Température : paume, main saine, 37° 1/2 ; paume, main malade, 36° 1/2.

3 novembre. Température : paume, main saine, 37° 3/4 ; paume, main malade, 36 degrés.

10 novembre. Température : paume, main saine, 37° 1/2 ; paume, main malade, 36° 1/2.

18 novembre. Température : paume, main saine, 37° 1/2 ; paume, main malade, 36 degrés.

Aujourd'hui, 24 novembre, soixante-huit jours après son entrée à l'hôpital de la Charité, Bertrand retourne dans son pays, complétement guéri. Sa santé générale est parfaite. Le bras gauche a recouvré toute sa force. L'extension de l'avant-bras sur le bras n'est pas tout à fait complète, mais la flexion étant très-énergique, il peut se servir de son membre aussi bien qu'avant l'accident. La

sensibilité est dans tous les points parfaitement intacte; il ne reste plus, des suites de l'accident, qu'une diminution de température de 1 degré 1/2 du côté blessé.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Remarques pratiques sur les sirops médicamenteux du nouveau Codex (1).

Sirop de sulfate de quinine.

Sulfate de quinine	0,50	centigr.
Acide sulfurique au dixième	0,50	—
Eau distillée	4	grammes.
Sirop de sucre incolore	95	—

Délayez le sulfate dans l'eau distillée, ajoutez l'acide sulfurique étendu, mélangez la dissolution avec le sirop de sucre.

20 grammes de ce sirop contiennent 10 centigrammes de quinine.

Sirop de sulfate de strychnine.

Sulfate de strychnine	0,05	centigr.
Eau distillée	4	grammes.
Sirop de sucre incolore	194	—

Faites dissoudre le sulfate dans l'eau, et mêlez au sirop de sucre.

20 grammes de ce sirop contiennent 5 milligrammes de sulfate de strychnine.

Sirop d'acide cyanhydrique.

Acide cyanhydrique médical ou au dixième	1	gramme.
Sirop de sucre incolore	199	—

Mêlez très-exactement.

Ce sirop ne doit être préparé qu'à mesure des besoins; il devrait en être de même de tous les sirops qui contiennent des sels végétaux d'une certaine action, parce qu'avec le temps ils s'altèrent.

Sirop de belladone.

Teinture de belladone	75	grammes.
Sirop de sucre	1000	—

Opérez comme pour le sirop de digitale.

5 grammes (une cuillerée à café) de ce sirop correspondent à

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 502.

37 centigrammes de teinture de belladone ou à 12 milligrammes d'extrait alcoolique.

On prépare de la même manière le sirop de jusquiame et le sirop de datura stramonium.

Sirop de digitale.

Teinture de digitale	25	grammes.
Sirop de sucre	1000	—

Prenez 100 grammes de sirop de sucre, portez-le à l'ébullition; ajoutez la teinture. Continuez de faire bouillir jusqu'à ce que le sirop soit ramené au poids de 100 grammes ; mélangez avec le reste du sirop de sucre.

20 grammes de ce sirop correspondent à 50 centigrammes de teinture de digitale, ou à 33 milligrammes d'extrait alcoolique.

Stanislas MARTIN.

BIBLIOGRAPHIE.

De la spontanéité et de la spécificité dans les maladies, par P. Em. CHAUFFARD, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants [1].

Le livre de M. Chauffard intéresse tous ceux qui cherchent les lois de la pathologie. C'est une œuvre de vraie médecine générale, science si peu étudiée qu'on la confond presque toujours avec la séméiotique, qui est par excellence la pathologie particulière. M. Chauffard l'a écrit de ce style chaleureux et convaincu qui donne à ses écrits quelque chose de vibrant et de communicatif. L'époque choisie pour la publication du livre est heureusement trouvée. Au moment où les problèmes si palpitants de la génération spontanée et des épidémies sont dans tous les esprits, la question de la spontanéité et de la spécificité devrait se trouver dans toutes les bouches, dans tous les écrits.

M. Chauffard regarde avec raison la spontanéité morbide comme une conséquence de la spontanéité de l'être vivant, et il commence par prouver que cette spontanéité est la propriété spécifique des êtres vivants. M. Chauffard a raison : la spontanéité est le caractère propre des êtres vivants, et en cela il est d'accord avec Virchow,

---

[1] Paris, Germer Baillière, 1866.

qui, cherchant la différence entre l'atome et l'individu, la trouve dans cette même spontanéité. « *L'individu échappe à la nécessité de la loi générale pour trouver une loi en lui-même ; il tend vers la liberté, vers la spontanéité* (1). »

En opposant ensuite les êtres vivants aux corps inorganiques, M. Chauffard se montre supérieur à Montpellier. Dans cette école, la matière est inerte et inactive. M. Chauffard est trop de son époque pour ne pas faire plus d'honneur à la matière. « Les corps inanimés ne sont pas inertes, rien de ce qui est n'est inerte ; ils traduisent comme effets les forces générales de la matière ; là se borne leur *activité*. » (P. 25.)

Mais M. Chauffard semble croite que la spontanéité va tout créer comme Dieu créa le monde, d'après l'Ecriture.

« La vie est créatrice de mouvements ; elle est cause individuelle d'actes qui découlent de son incessante activité. La vie pourrait se définir : une spontanéité réglée et incessamment créatrice. » (P. 27.) Nous croyons, au contraire, que la vie ne crée rien ; elle transforme, voilà tout. Elle prend au monde extérieur des forces par l'alimentation et la respiration, et elle les lui rend sous forme de travail mécanique, de travail de sécrétion, de travail intellectuel, etc.

La spontanéité vitale ne jouit que de la propriété de *transmuter ces forces selon des lois qui sont celles de l'équivalence du travail mécanique* ; elle ne fait donc que transformer des forces en proportion équivalente, elle ne crée rien. En cela, les aptitudes des différents êtres vivants sont parfaitement connues des éleveurs, qui savent très-bien ce qu'il faut de fourrage à un animal pour obtenir tant de travail mécanique, en force ou en vitesse, tant de lait ou tant de chair, c'est-à-dire de force *in posse*, comme disait Galien, par opposition aux forces précédentes qui sont les forces *in actu*. C'est là ce qu'a entrevu Virchow dans sa leçon intitulée : *Conception mécanique de la vie*.

Plus loin, quand il s'agit, au contraire, de peindre cette spontanéité, M. Chauffard reprend alors ses couleurs les plus vraies et les plus vives et en fait une esquisse digne des maîtres.

La spontanéité existe à plusieurs degrés dans un organisme élevé comme celui de l'homme. Il y a moins de spontanéité dans les éléments et les appareils de la vie végétative que dans ceux de la vie

(1) Wirchow, *Atome et individu*. — *Revue des cours scientifiques*, 22 septembre 1866.

animale. Nous avons vu Virchow l'affirmer plus haut. C'est aussi ce que veut dire M. Chauffard dans le passage suivant : « La sensibilité de la vie organique, qui trouve dans le grand sympathique son centre principal, présente une spontanéité plus obscure et plus soumise que celle qui appartient à la vie de relation dont le centre est l'axe cérébro-spinal. » (P. 40.)

M. Chauffard, on le voit, sort des abstractions de l'École de Montpellier et entre pleinement dans ce vitalisme organique dont les bases sont déjà posées et qui est au fond de tous les travaux de l'anatomie et de la physiologie modernes.

« Chaque organe, dit-il excellemment, chaque département vivant, chaque groupe cellulaire, chaque cellule, forme un sens véritable à l'égard du monde extérieur. » (P. 48.) Bordeu, ce précurseur du vitalisme organique, ne disait pas mieux. Nous voilà donc, en effet, bien loin de Montpellier, où Barthez prétendait que le principe vital existe indépendamment de la mécanique du corps humain et des affections de l'âme. (*De principio vitali hominis*, 1773, et *Science de l'homme*, t. Ier, p. 81, etc.) Il est vrai que M. Dumas avait déjà fait un progrès, et qu'au lieu de regarder, ainsi que Barthez, les maladies comme des modifications du principe vital, il les avait attribuées aux altérations des forces des divers organes [1]. Mais aussi l'École de Montpellier avait reproché à Dumas de rattacher la vie à l'organisation, et elle sut bon gré à Lordat, qui aima mieux ne pas prendre de parti et abandonna le terme de principe vital pour celui d'unité vitale. Cette subtilité scolastique signala la ruine de Montpellier. Nous sommes heureux que M. Chauffard ait su faire un pas de plus que cette Ecole, qui eut du moins le mérite d'être une *Ecole de médecine*.

Nous demandons pardon au lecteur d'avoir insisté si longuement sur la spontanéité comme attribut de l'être vivant ; mais c'est la base de tout le livre, et cette partie de la doctrine avait besoin d'être précisée.

La spontanéité, ou la tendance à l'évolution normale, sauvera l'homme de la maladie, si celle-ci ne dépasse pas ses forces. C'était déjà l'idée de Paracelse. « La pluie, dit-il, ne féconde pas le champ parce que l'humidité est opposée au sec, mais parce que l'humidité vivifie le sec et nourrit les racines. De même le médicament n'agit pas parce qu'il a une propriété opposée au mal. *Si le germe de la santé n'y est pas, la prescription n'est bonne à rien.* »

---

[1] Bérard, *Doctrine médicale de l'école de Montpellier*, 1819.

La spontanéité, comme le dit M. Chauffard, est nécessaire pour que la maladie se développe; c'était précisément sur cette idée qu'était basée l'inoculation de la variole. On prenait l'individu en pleine santé et on faisait l'insertion. Le maladie avortait pour ainsi dire, et l'inoculé n'en était pas moins à l'abri de la contagion. Mais la spontanéité morbide a des degrés. Dans les maladies chroniques, elle suffit à elle seule pour produire la maladie; dans les maladies aiguës, elle n'a qu'un rôle secondaire, excepté en temps d'épidémie. « Dans les affections diathésiques, la spontanéité morbide apparaît dans sa pleine puissance; *la maladie vient tout entière de l'individu*. (P. 60.) Dans ces maladies, toutes *personnelles* qu'elles soient, il y a pourtant des degrés... » Dans les maladies aiguës, en effet, la spontanéité s'affaiblit et semble disparaître, mais elle montre sa puissance tout entière dans l'épidémicité. Comment se fait-il qu'une maladie, le choléra, par exemple, soit tantôt sporadique et tantôt épidémique; qu'à un moment donné, presque tous les habitants d'une ville, d'une contrée, d'un pays possèdent l'aptitude à contracter une maladie qui existe en temps ordinaire et d'une manière pour ainsi dire constante? Si cette aptitude n'était pas générale à un moment donné, comment y aurait-il des épidémies, et si elle ne manquait pas chez certains individus, comment une maladie épidémique quitterait-elle un pays sans que tous ses habitants aient été frappés? La syphilis elle-même n'a-t-elle pas été épidémique? La fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine, la diphthérie, la dysenterie, etc., ne se montrent-elles pas tantôt à l'état sporadique et tantôt à l'état épidémique? L'explication ne peut s'en trouver que dans le degré de spontanéité morbide que possèdent les individus.

A mesure qu'on avance dans le livre de M. Chauffard, la lumière se fait et les problèmes deviennent aussi plus faciles. Celui de la spécificité est abordé franchement; seulement, nous aurions été heureux de voir M. Chauffard prendre la théorie du germe chez leurs véritables auteurs, Paracelse et Van Helmont. Paracelse, il est vrai, avait créé les spécifiques plutôt que la spécificité; mais Van Helmont, en reprenant les idées de Paracelse, avait caractérisé la spécificité; seulement, quand il veut l'expliquer, il en donne l'explication dont plus tard Molière s'est tant moqué.

M. Bouley a exprimé d'une façon plus moderne ce propre de la spécificité, en disant que ce qui caractérise les maladies spécifiques, c'est d'avoir une évolution fatale. Ce qui n'empêche pas les maladies spécifiques dites fécondes et contagieuses de pouvoir naître

spontanément, sinon dans l'espèce humaine, au moins dans certaines espèces animales, ce qui est prouvé pour la morve et la rage. M. Chauffard constate cette formation spontanée de la maladie et ne tombe pas dans la subtilité imaginée par M. Bouillaud, que les animaux créeraient non la maladie, mais le virus. Mais la meilleure preuve de la spontanéité d'un grand nombre de maladies contagieuses, c'est l'infection ou création d'un foyer de maladies, par le seul fait du rassemblement d'une trop grande quantité d'hommes dans un petit espace.

Passant ensuite aux caractères des maladies spécifiques, M. Chauffard fait remarquer que les virus agissent de la même manière, quelle que soit leur dose, à dose infinitésimale si l'on veut, tandis que les poisons agissent suivant leur dose, qui est toujours pondérable, et que la conclusion qu'ont tirée les homéopathes de l'action du virus n'est nullement applicable aux médicaments.

Les maladies spécifiques peuvent aussi, à certaines périodes de leur évolution, se transmettre, si du sang du malade ou un des produits de la maladie vient à pénétrer dans un autre organisme. Ce mode de transmission des maladies spécifiques est le plus ordinaire, mais il n'est pas absolu.

On est allé plus loin que M. Chauffard, et on a dit qu'il y a des faits de contagion *à distance*, c'est-à-dire sans transport de matière. On a regardé, en effet, comme une véritable contagion *par influence* celle du bâillement, celle des attaques nerveuses et des *épidémies des convulsionnaires*.

M. Chauffard donne encore comme caractères des maladies spécifiques l'*incubation* et la *périodicité ;* et il ajoute que les maladies spécifiques ne se marient pas, ne se fusionnent pas. Cela est vrai, mais elles peuvent s'allier pourtant à des maladies qu'Hunter eût encore appelées spécifiques : je veux parler des maladies constitutionnelles. Rien de plus commun, en effet, que de voir la blennorrhagie ou la syphilis revêtir une marche et une symptomatologie spéciales, suivant que l'individu est scrofuleux, goutteux ou dartreux. Mais le plus beau caractère des maladies spécifiques, et M. Chauffard y a insisté à juste titre, c'est l'immunité que donne à l'organisme une première attaque de ces maladies. Quand on a été atteint d'une maladie réellement spécifique une première fois, on ne l'est plus une seconde, ou bien la maladie est profondément modifiée lors de sa récidive.

Un autre caractère des maladies spécifiques est de vieillir et de s'amoindrir. Ce fait est frappant, si l'on compare les épidémies

effrayantes du moyen âge à celles qui se montrent de nos jours. Cette remarque consolante nous fait espérer qu'il en sera de même du choléra, et que nos descendants ne verront plus ces épidémies que nous subissons si rigoureusement depuis trente ans.

Vient enfin la pathogénie des maladies spécifiques. Ici, nous nous attendions à trouver une discussion sur la génération spontanée, et nous pensons que, quoique les maladies ne soient pas des êtres, cette discussion était là à sa place.

M. Chauffard repousse la théorie des fermentations soutenue par MM. Mialhe et Polli pour expliquer la spontanéité morbide. Cette théorie ne s'applique, en effet, qu'à l'adynamie ou putridité, comme elle s'applique à la putréfaction. La théorie de M. Robin, ou de l'action catalytique des virus, est également réfutée avec raison par M. Chauffard, qui montre, au contraire, dans une étude des plus intéressantes de la nature des fièvres intermittentes, que l'on s'élève d'une manière insensible et peut-être continue du poison au venin, du venin au produit infectieux et du produit infectieux au véritable virus.

En somme, le livre de M. Chauffard est un beau chapitre de pathologie générale, et le problème posé y est discuté à fond. C'est un livre remarquable que nous engageons non-seulement à lire, mais à méditer : le talent du brillant écrivain rendra la chose attrayante. Nous acceptons, comme on l'a vu, toutes ses conclusions, qui peuvent se résumer ainsi :

1° La spontanéité est l'attribut de l'être vivant ;

2° La spontanéité morbide est la seule cause des maladies chroniques ; elle développe et arrête les épidémies ;

3° Les maladies spécifiques ne naissent pas fatalement d'un germe ; elles peuvent naître spontanément dans l'espèce humaine et dans les espèces animales ;

4° Les remèdes spécifiques s'adressent non à la maladie, mais à l'organisme.

Constantin Paul.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Pseudarthrose de l'humérus. Guérison par la résection et la suture des fragments [1]. — Mlle X***, âgée de vingt ans, d'une

[1] Observation recueillie à la Maison de santé, service de M. Demarquay, par M. Bourdillat, interne des hôpitaux.

bonne constitution, fit une chute le 13 mars 1865, d'un premier étage élevé, et se fractura la rotule gauche et l'humérus du même côté. La fracture de la rotule était médiane et transversale ; celle de l'humérus était oblique et siégeait à son tiers inférieur. L'une et l'autre se présentaient, du reste, à l'état de simplicité.

Un premier pansement provisoire fut conservé pendant huit jours, après lesquels on fit la réduction et l'on appliqua deux bandages dextrinés. La consolidation de la rotule se fit régulièrement, et avec un écartement minime ; elle était à peu près complète au quarantième jour, époque où l'on enleva les appareils inamovibles. Quant à la fracture de l'humérus, elle n'avait subi aucun travail de réparation, et l'on constatait la même mobilité qu'aux premiers jours de l'accident.

Divers appareils inamovibles furent appliqués sans résultat pendant plus d'une année. C'est alors qu'on dut songer à des moyens plus héroïques, et la jeune malade entra dans le service de M. Demarquay, le 6 juin 1866.

A ce moment, on constatait tous les symptômes d'une pseudarthrose déjà ancienne. A l'union du tiers inférieur de l'humérus avec ses deux tiers supérieurs, il existait une mobilité qui permettait de porter le bras dans tous les sens. Lorsqu'on abandonnait l'avant-bras à lui-même, il décrivait une série de mouvements ayant leur centre à la fausse articulation. A ce niveau, on trouvait une dépression très-marquée, due à l'atrophie musculaire. Enfin, lorsque saisissant les deux fragments on leur imprimait des mouvements en sens opposé, une crépitation très-nette y était perçue. Le bras tout entier avait du reste subi, dans sa nutrition, un temps d'arrêt accusé par un amaigrissement généralisé.

En présence de cette atrophie sans cesse croissante et des divers traitements jusque-là vainement employés, M. Demarquay résolut de recourir à une opération encore peu usitée en France, la suture des os après résection des fragments.

Cette opération fut exécutée le 13 juin, de la manière suivante :

La malade préalablement endormie, le chirurgien pratiqua à la partie postérieure du bras une incision parallèle à l'axe du membre et longue de 7 à 8 centimètres. Il divisa successivement la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose brachiale, les fibres du triceps, et parvint ainsi au foyer de la fracture, qui fut mis à découvert. Ces diverses sections furent faites avec lenteur, à cause du voisinage du nerf radial à la partie supérieure de l'incision.

Ce premier temps accompli, par un mouvement de bascule on fit

saillir successivement, à travers les lèvres de la plaie, le fragment inférieur, puis le fragment supérieur, et l'on en opéra la résection. M. Demarquay eut soin préalablement de dénuder de leur périoste les parties qui devaient être enlevées.

La résection fut accomplie, à l'aide d'une scie à chaîne, dans une direction perpendiculaire à l'axe de l'os. Les parties retranchées mesuraient en bas 1 centimètre, et en haut 1 centimètre 1/2. Les deux fragments, parfaitement libres d'ailleurs de toute connexion entre eux et avec les parties voisines, ne présentaient aucun travail de réparation. On n'y voyait aucune de ces stalactites osseuses qu'il est pourtant si fréquent de rencontrer. Ils étaient recouverts, à leurs extrémités, d'une mince couche de tissu fibreux. Le fragment supérieur conique avait dû être réséqué plus haut que son congénère, afin d'avoir des surfaces de contact égales et réciproquement correspondantes. Une particularité, souvent signalée, du reste, était le volume peu considérable de la diaphyse humérale.

Les deux fragments réséqués, M. Demarquay pratiqua, à l'aide d'une sorte de vilebrequin, un trou de 4 à 5 millimètres de diamètre, successivement sur chacun des fragments; puis, par la perforation du fragment supérieur, il introduisit un fil métallique dont l'extrémité fut ensuite ramenée par le trou inférieur. On embrassait ainsi solidement, dans une anse de fil, les deux nouvelles extrémités de l'humérus. Faisant alors fortement rapprocher les surfaces d'affrontement, le chirurgien tordit plusieurs fois le fil sur lui-même, de manière à rendre le contact permanent.

On n'eut plus qu'à réunir par la ligature les lèvres de la plaie extérieure et à placer le bras dans une gouttière qui en assurât la parfaite immobilité.

Aucune réaction vive ne suivit l'opération. Le premier pansement fut fait le cinquième jour. Les suivants eurent lieu régulièrement de deux en deux jours. A chaque application nouvelle, on avait soin de fixer solidement le membre dans sa gouttière.

La plaie, constamment recouverte de linges glycérinés, suivit toujours une marche régulière. Une partie se réunit par première intention, l'autre passa par les phases de l'inflammation suppurative.

Vers la troisième semaine, M. Demarquay commença à exercer quelques tractions sur le fil. Ces tentatives furent renouvelées de temps en temps avec ménagement, mais sans plus de résultat. On n'avait point compté le nombre de torsions imprimées au fil, et sa sortie ne paraissait devoir être obtenue que par une élimination

spontanée. Enfin, vers la sixième semaine (fin de juillet), l'obstacle parut céder et le fil fut retiré d'une manière qu'on put croire complète.

Dans cet intervalle, de la troisième à la sixième semaine, il s'était développé, au niveau de la fracture, un abcès chaud très-douloureux, qui s'ouvrit spontanément à la face interne du bras.

Le 1er août, la plaie extérieure était en partie cicatrisée et il devenait évident que le travail de réparation commençait à s'effectuer. On mit la malade à l'usage du phosphate de chaux (50 centigrammes par jour).

Le 9 août, la gouttière fut remplacée par un bandage dextriné qui enveloppait le membre dans toute son étendue, et de plus le fixait solidement au thorax par de nombreux circulaires. Ce nouvel appareil, immobilisant l'avant-bras, empêchait tous mouvements isolés de cette partie du corps, dont on connaît le retentissement funeste sur les fragments dans les fractures de l'humérus.

Cet appareil fut laissé en place jusqu'au 27 août. A cette époque on le remplaça par un simple bandage dextriné limité au bras.

Le 12 septembre, nouvel appareil dextriné conservé jusqu'au 10 octobre. A ce moment, la consolidation n'est point parfaite, mais le cal a acquis une solidité qui permet de supprimer les bandages, et de maintenir simplement le bras en écharpe. Chaque jour on pratique l'électrisation du bras, afin d'en augmenter la vitalité.

Le 12 novembre, on constate en arrière la présence d'un petit corps dur, mobile, peu profondément situé et qui est pris pour une esquille. Une incision, faite à ce niveau, livre passage à une anse de fil métallique qui s'éliminait ainsi d'elle-même sans produire aucun travail réactionnel.

Le 23 novembre, sortie de la malade, qui a été présentée quelques jours auparavant à la Société de chirurgie. A ce moment, le cal est volumineux. La mobilité n'existe plus. Les mouvements volontaires sont possibles, et le bras offre un volume aussi considérable que celui du côté opposé. Le raccourcissement total est de 3 centimètres environ. La malade peut être considérée comme guérie, et, dans un temps prochain, les mouvements du bras auront acquis toute l'étendue qu'ils avaient à l'état normal.

Cette observation nous montre la coexistence, chez la même personne, de deux fractures, dont l'une se consolide régulièrement, tandis que l'autre résiste à tous les moyens employés. Comment expliquer cette anomalie? La cause intime nous en échappe; elle

doit être rattachée sans doute à cette tendance malheureuse, et qui n'est pas toujours explicable, des fractures de l'humérus à se transformer en pseudarthroses.

Une autre particularité doit être signalée dans le manuel opératoire : c'est la conservation du périoste des parties réséquées. Le rôle de cette membrane, dans la reproduction osseuse, est aujourd'hui bien connu, et l'utilité de sa conservation découle assez des données physiologiques mêmes. Un chirurgien anglais, M. Jordan (de Manchester), a même établi sur cette propriété du périoste une méthode opératoire pour la guérison des fractures non consolidées. Le procédé consiste à former en haut et en bas, avec le périoste des fragments, deux manchettes, qui, après la résection, s'invaginent mutuellement et sont alors réunies par des fils qui les traversent de part en part. Mais c'est la première fois, croyons-nous, que la conservation du périoste ait été alliée à la suture même. Ce moyen paraît trop rationnel, pour n'être point de nouveau mis en usage.

Notre observation est un bel exemple des résultats que peut donner la suture. On sait l'extrême difficulté que présente la cure des pseudarthroses par les autres procédés. On doit donc espérer de voir chaque jour l'emploi s'en vulgariser davantage.

Un chirurgien de marine, M. le docteur Bérenger-Féraud, a publié, dans le *Bulletin général de Thérapeutique* du mois de juillet, un mémoire très-intéressant sur la suture des os, et les résultats statistiques qu'il fournit sont très-favorables à la méthode.

La suture des os a déjà été appliquée un assez grand nombre de fois aux fractures non consolidées de l'humérus.

Ainsi elle a été employée successivement par Kearny Rodgers en 1825, Valentine Mott en 1831, Flaubert en 1838, Cheeseman en 1839, Velpeau en 1850, Laugier en 1855, et Cooper (de San-Francisco) en 1856. Sur ces sept observations, on compte un insuccès, cinq guérisons, et une amélioration notable.

Quelques auteurs ajoutent encore à ces exemples d'autres cas de guérisons obtenues par la méthode de Dieffenbach. Mais l'étude de l'opération inventée par le célèbre chirurgien de Berlin et la description qu'on en trouve dans les divers recueils démontrent clairement que ces cas ont été, à tort, rattachés à la suture des os. Il y manque, en effet, ce qui constitue l'essence même de la suture, c'est-à-dire la réunion des extrémités osseuses, par un corps métallique ou organique traversant les deux fragments de part en part.

L'opération de Dieffenbach nous semble constituer plutôt une sorte d'application du séton dans l'épaisseur même de la diaphyse,

puisqu'elle consiste en l'introduction, dans un point de l'os voisin de la fracture, d'un corps étranger destiné à produire une irritation réparatrice.

La suture des os nous paraît devoir entrer chaque jour davantage dans la thérapeutique chirurgicale. Elle est, par ses résultats, de beaucoup supérieure à la résection simple; son manuel opératoire n'est guère plus compliqué et les dangers auxquels elle expose ne paraissent pas plus considérables. Un honorable chirurgien a pourtant exprimé récemment la crainte de voir l'ostéo-myélite se développer par la présence des fils dans l'épaisseur du tissu osseux.

Mais, dans les nombreuses observations que relate M. Bérenger-Féraud, pas une fois cet accident n'est signalé. Puis, c'est un fait d'observation qui a été bien démontré par M. Ollier (de Lyon), dans ses expériences sur les animaux, que la tolérance de l'organisme pour les fils métalliques.

Ce n'est pas à dire que la suture des os doive faire exclure toujours les autres procédés, d'un emploi plus innocent, tels que le séton, le frottement des fragments, la cautérisation directe du cal; mais elle les remplace souvent avec avantage, et, dans tous les cas, reste une ressource puissante lorsque ces moyens ont échoué.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi local du brome dans le traitement du cancer épithélial. Pendant que MM. Broadbent, Michoore, cherchent à obtenir la destruction des tumeurs cancéreuses au moyen de l'acide acétique injecté dans leur épaisseur, un autre médecin anglais, le docteur Routh, de son côté, essaye, d'après les suggestions du docteur Wynn Williams, le brome en applications locales, dans le traitement de l'épithélioma. C'est sur des cancers épithéliaux du col utérin que M. Routh a fait ses premiers essais, chez deux femmes qui sont entrées dans son service à Samaritan hospital.

Dans le premier cas, la malade, amaigrie, pâle, perdant du sang continuellement, présentait, au toucher, une masse de fongosités épithéliales qui prenaient naissance sur le col et avaient à peu près le volume d'un œuf. Après avoir arrêté l'hémorrhagie au moyen du cautère actuel et laissé tomber l'eschare, M. Routh fit une première application de brome, sous forme d'une teinture analogue à la teinture d'iode, et composée dans la proportion de : Brome 5 *minims* pour alcool 50 (le *minim* équivaut en poids à un peu plus de 6 centigrammes). Un tampon de charpie bien saturé de cette teinture à l'une de ses surfaces fut appliqué sur la partie malade et maintenu en place au moyen d'autres tampons de charpie sèche. Au bout de quarante-huit heures, ce pansement fut enlevé et remplacé pour la nuit par un cataplasme de farine de lin; le jour suivant, douches tièdes. Huit jours après, il se détacha une eschare, laissant à découvert une large surface couverte de bourgeons de bonne nature, qui fut pansée avec le glycérolé de tannin; en même temps, la malade prenait à l'intérieur des pilules d'iodure d'arsenic et d'extrait de ciguë. Au

bout de deux mois et demi elle était devenue grasse et fraîche et avait repris ses forces. Cependant, une légère hémorrhagie s'étant manifestée, M. Routh procéda à un nouvel examen qui lui fit découvrir une certaine étendue de la cavité du col affectée également d'épithélioma; une nouvelle application de teinture fut faite au moyen d'un petit bâton recouvert de coton et trempé dans la solution, qui fut porté dans la cavité, siége de la maladie. Deux ou trois autres applications durent être faites, et la malade sortit enfin de l'hôpital, l'utérus paraissant parfaitement sain.

Dans le second cas, il s'agit d'une excroissance en forme de chou-fleur, du volume d'une orange, qui était attachée sur le col, se déchirant et saignant au moindre attouchement. Le 20 janvier 1865, cette tumeur fut enlevée au moyen de l'écrasement linéaire, et quelques jours après, une application de teinture de brome fut faite comme dans le cas précédent. En même temps aussi, pilules d'iodure d'arsenic et d'extrait de ciguë à l'intérieur. La malade quitta l'hôpital le 2 avril, bien améliorée dans sa santé générale, et la surface du museau de tanche se trouvant en bon état.

L'auteur de ces essais déclare luimême qu'il ne les regarde pas comme suffisants, en raison de leur petit nombre et du court intervalle de temps qui s'est écoulé à la suite. Cependant, tels qu'ils sont, ces résultats lui paraissent susceptibles d'inspirer quelque confiance, et il sollicite ses confrères de les contrôler par leur propre expérience, croyant, quant à lui, que le brome est un médicament utile dans les cas semblables à ceux où il l'a employé, sinon pour procurer une cure radicale, au moins pour arrêter les progrès du cancer.

Rappelons, en terminant, qu'un médecin italien, Landolfi, a déjà préconisé le brome dans le traitement de cette maladie, et que sa méthode, consistant dans l'administration du chlorure de brome à l'intérieur et en applications locales du même sel uni aux chlorures de zinc et d'antimoine, a été démontrée par M. Moissonnet n'être qu'une illusion de plus à ajouter à celles dont l'histoire du cancer offre de si nombreux exemples. (*Med. Press and Circular*, 31 août 1866.)

Ligature des artères linguales dans le cancer de la langue. Une femme âgée d'une trentaine d'années présentait sur la partie postérieure de la langue une tumeur qui gênait considérablement la mastication et la déglutition; la respiration ne se faisait qu'avec une extrême difficulté; la malade était notablement amaigrie et tous les jours perdait ses forces. M. Demarquay pratiqua la ligature des deux artères linguales : immédiatement la tumeur s'est affaissée; tous les symptômes qu'elle occasionnait ont disparu; la malade a repris des forces et de l'embonpoint, elle est fraîche et vive, elle mange, boit et respire avec la plus grande facilité.

Un homme avait à la langue une tumeur ulcérée qui donnait lieu à des hémorrhagies assez abondantes et assez fréquentes pour compromettre la vie. Le même chirurgien se décida à pratiquer la ligature des deux artères linguales. Sous l'influence de cette opération, la tumeur s'est affaissée immédiatement, la langue s'est en quelque sorte aplatie, et l'hémorrhagie a cessé. Malheureusement, peu de temps après l'opération, le malade, s'étant mis à la fenêtre par une nuit assez fraîche, fut bientôt pris de frisson, et trois ou quatre jours après il succombait à une pneumonie double. L'autopsie fut faite avec le plus grand soin, et permit de constater qu'il s'était formé un double caillot obturateur, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la ligature, ce qui explique très-bien l'absence d'hémorrhagie.

On peut donc, à l'aide de la ligature des artères linguales, soulager les malades et prolonger leur existence.

(*Union médicale.*)

Nouveau cas de hernie étranglée réduite au moyen de la réfrigération locale par la pluie d'éther. Au fait de ce genre que nous avons rapporté dans notre fascicule du 15 novembre dernier, nous ajouterons celui-ci, que nous empruntons à un chirurgien de Liverpool, M. Steele.

C'était chez un garçon de quatorze ans, qui était atteint d'une hernie inguinale assez volumineuse, pour laquelle il portait un bandage depuis les premiers jours de sa vie. La hernie était sortie sans qu'on eût pu la faire rentrer, et cette situation, qui se prolongeait, menaçait de devenir sérieuse, car les vomissements avaient commencé, et déjà se manifestaient les premiers symptômes de l'étranglement.

M. Steele, appelé, tenta d'abord le

taxis, et n'ayant pu, malgré sa persévérance, amener la réduction, il fit, comme le docteur Barclay, tomber sur la région inguinale une pluie assez abondante d'éther pulvérisé pour déterminer une réfrigération intense. Le taxis, essayé alors de nouveau, fut suivi facilement de succès. (*British med. journ.*, 10 nov. 1866.)

Nouveau cas de tétanos traité par l'ammoniaque à haute dose. Voici un nouveau fait qui vient à l'appui du travail que nous avons publié sur l'emploi de l'ammoniaque dans le traitement du tétanos [1]; il est dû au docteur Bertheau, de Pouancé. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, domestique de ferme, qui, atteint depuis quatre jours de roideurs du cou et de contraction des mâchoires, présentait les phénomènes suivants :

Rigidité du cou, contraction des mâchoires pouvant à peine être écartées d'un centimètre, renversement de la tête en arrière déjà très-prononcé; parole difficile et presque inintelligible; contraction violente des muscles thoraciques et abdominaux s'augmentant par le contact; embarras de la respiration; dysurie et constipation; pas de fièvre.

Le malade n'avait ni plaie, ni blessure, ni contusion, il s'agissait donc d'un tétanos spontané rhumatismal.

Après avoir essayé le musc sans résultat, voyant les accidents s'aggraver, notre confrère prescrivit la potion ammoniacale ainsi formulée :

Eau distillée.....	400 gr.
Ammoniaque.....	8 gr.
Sucre...........	q. s.

Les jours suivants il se produisit des sueurs abondantes, mais la déglutition était difficile, et il fallut réduire la potion à 250 grammes d'eau pour 5 grammes d'ammoniaque. L'amélioration survint lentement, et au bout de treize jours le jeune malade était hors de danger. Pendant ce temps, le malade avait pris en tout 80 grammes d'ammoniaque.

Il est à remarquer que, comme dans les observations que nous avons déjà rapportées, des sueurs abondantes précédèrent l'amélioration.

(*Gaz. des hôpit.*)

(1) *Bull. de Th.*, t. LXXI, p. 55.

Bons effets des applications électriques sur la cicatrisation des ulcères atoniques. Les faits suivants, empruntés au service de M. Nunn, à Middlesex hospital, font voir les services que peut rendre l'électricité dans le traitement des ulcères atoniques, en y réveillant une vitalité plus active. Dans ces cas, c'est le courant intermittent qui a été mis en usage; mais M. Nunn n'attache aucune importance, dans le traitement de ces ulcérations, à recourir de préférence au courant intermittent ou au courant continu. Il a également employé souvent la chaîne galvanique de Pulvermacher, avec de bons résultats, dans les trajets fistuleux rebelles.

Jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'ulcère fongueux bénin du testicule, suite d'abcès strumeux. Perforation circulaire du scrotum du côté gauche, de la largeur d'un florin, remontant à un an; suppuration visqueuse jaunâtre abondante. A partir du 12 octobre, applications galvaniques de faible intensité pendant cinq minutes tous les matins, qui produisent des effets très-remarquables; retrait du fongus, resserrement des bords de la perforation scrotale, au bout d'un petit nombre de jours; outre l'électricité, quelques attouchements avec le nitrate d'argent, décoction de quinquina additionné d'acide nitrique à l'intérieur. Le 6 novembre, le malade sort guéri.

Enfant de cinq ans, entré pour un trajet fistuleux, consécutif probablement à une carie d'un des cunéiformes, suite d'entorse. Tuméfaction à la partie antéro interne du cou-de-pied; augmentation de volume de l'extrémité tarsienne du premier métatarsien. Une incision avait été faite et une portion d'os extraite par un autre chirurgien. L'enfant avait un aspect scrofuleux et son ventre était gonflé. M. Nunn prescrivit l'éther nitrique à la dose d'un demi-drachme (1gr,50 environ) répétée trois fois par jour dans du sirop, médicament auquel il attribue la propriété de relever la nutrition chez les enfants cachectiques et de corriger cette distension de l'abdomen qu'entretient l'atonie des ganglions mésentériques; en même temps onctions sur le ventre avec une pommade à l'iodure de potassium. Trois semaines après le commencement de ce traitement, aucun changement appréciable ne s'étant manifesté dans l'état de la fistule, l'application de l'électri-

cité fut prescrite tous les deux jours et cinq minutes chaque fois. Moins de deux mois après, le petit malade était convalescent.

Petite fille de quatre ans, entrée le 14 novembre, pour un ulcère scrofuleux superficiel à bords légèrement excavés, et entouré de petites élevures pustuleuses à la région dorsale de la main gauche. Ulcères semblables sur le pied et la face. Iodure de potassium, un grain deux fois par jour, et huile de foie de morue. Le 17 novembre, application d'électricité sur le pied deux fois par semaine, et, à partir du 28, sur la face et la main. Ce moyen fut presque immédiatement suivi d'un changement favorable dans l'état des ulcères, et le 9 janvier l'enfant était renvoyé en pleine convalescence. (*Lancet*, juillet 1866.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouvel appareil pour la crampe des écrivains. L'inventeur de cet instrument est M. Année, employé dans une administration, qui a éprouvé quelques atteintes de la *crampe* et l'a souvent observée sur ses collègues. Il a observé que la maladie a son siége principal dans le pouce, et que, dans les cas mêmes où les autres doigts ou la main entière sont pris par la convulsion, l'attaque commence encore par un spasme souvent douloureux du pouce. Il attribue ce spasme à ce que dans l'action d'écrire, le pouce chargé de maintenir la plume contre les autres doigts, et forcé de la presser tout en cédant, agit dans des conditions défavorables et contraires à son mode naturel d'action. Cette théorie de la *crampe des écrivains* a conduit M. Année à construire un instrument d'après des principes différents de ceux qu'on a suivis en général. Les moyens ordinairement conseillés en pareil cas sont : 1° l'emploi d'un gros porte-plume ou d'un instrument qui éloigne le pouce des doigts, et quelquefois le fixe en même temps pour l'empêcher de fléchir ; 2° l'usage de porte-plume fixé à un manche volumineux qu'on saisit à pleine main, de sorte que le rôle habituel des doigts dans l'écriture est complétement supprimé. Le gros porte-plume n'est efficace qu'au début du mal. Les instruments qui fixent le pouce et les doigts n'empêchent pas la crampe de se produire, tout au plus s'opposent-ils à ce que la plume soit lâchée, mais le plus souvent le spasme se porte alors sur le poignet ou l'avant-bras. Quant aux manches volumineux, ils peuvent servir quand on écrit peu, mais ils ne pourraient convenir à des employés qui écrivent la plus grande partie de la journée. Il en est de même des différents chariots et des poids attachés au poignet pour le fixer. M. Année a pensé qu'on éviterait la *crampe* en supprimant l'action du pouce dont le seul usage est de maintenir la plume contre les autres doigts. Pour cela, il adapte la plume dans une position convenable sur une plaque métallique qui se fixe au moyen de quatre bagues à l'index et au médius. De la sorte, le pouce reste inactif et se repose sur le papier ou sur les derniers doigts pendant que les deux premiers exécutent seuls les mouvements nécessaires pour écrire. L'appareil de M. Année a l'avantage d'être très-léger et fort peu coûteux. M. Desormeaux s'est assuré que des employés, qui avaient renoncé aux autres appareils, pouvaient écrire avec celui-là plusieurs heures de suite et aussi vite qu'ils voulaient sans éprouver le moindre spasme. (*Société de chirurgie.*)

Nouveau cas d'empoisonnement par les serpents de Pharaon. Nous avons rapporté le fait du docteur Peter qui donna ses soins à un jeune étranger qui venait de s'empoisonner en avalant par mégarde un serpent pharaon. Les accidents furent courts et légers, mais ils enseignèrent que si le malade n'avait pas pris un émétique peu de temps après l'ingestion du poison, et si surtout, au lieu d'être un adulte, c'eût été un jeune enfant, l'événement se serait terminé tout autrement.

M. le docteur A. Siry vient d'observer un nouvel empoisonnement par le sulfo-cyanure de mercure. Voici le fait. M. X***, âgé de trente ans, dîne à six heures et demie ; à dix heures il pile et délaye dans un demi-verre d'eau le serpent indien et avale le tout. Après quelques instants, il a des vomissements, et l'angoisse atteint un tel degré que, renonçant à son projet de suicide, le malade appelle à son secours. Au moment de mon arrivée, les nausées sont incessantes, et il existe

au niveau du pharynx une sensation de brûlure très-vive. Je lui administre 10 centigrammes de tartre stibié et une grande quantité d'eau albumineuse.

Le lendemain matin, le pouls, de 96 pulsations, est tombé à 54. Il est inégal et l'on aperçoit une pause toutes les trois pulsations. Le pharynx a une couleur rouge interne avec quelques exsudations blanchâtres sur les amygdales, la voix est rauque et un peu éteinte, le creux épigastrique sensible à la pression; un lavement provoque deux selles abondantes suivies pendant la nuit d'un peu de diarrhée. — Le second jour après l'empoisonnement, le pouls se relève et marque 74 pulsations. Le pharynx est toujours rouge et douloureux. Il y a des crachats nombreux, épais et gluants, ainsi qu'une salivation assez abondante; le ventre est endolori et les selles sont un peu sanguinolentes. — Le troisième jour, 84 pulsations; lorsque le malade veut se tenir debout, il est pris de vertiges, douleurs aux articulations scapulo-humérales. — Le quatrième jour, la circulation artérielle se fait avec un rhythme régulier; le pharynx est toujours rouge, mais la sensation de brûlure et de cuisson dont il était le siége a disparu, la salivation a cessé, et les crachats visqueux sont moins abondants. — Le cinquième jour, il ne reste que du vertige lorsque le malade est debout et une faiblesse générale. Sous tous les autres rapports, le malade se trouve dans un état satisfaisant.

On voit que les phénomènes, sans atteindre un haut degré de gravité, ont été beaucoup plus longs et plus sérieux que dans le cas observé par M. Peter, et l'on ne peut plus douter que le mot de *poison* inscrit sur les boîtes qui renferment les serpents pharaons ne soit une vérité. (*Société médicale de l'Elysée.*)

Nouveau dilatateur cylindrique. M. le docteur Gosselin présenté, au nom de M. le docteur Voillemier, un nouveau dilatateur urétral cylindrique, fabriqué par M. Mathieu.

Tous les dilatateurs métalliques qui



ont pour but d'agir latéralement sur les parois de l'urètre se composent de valves entre lesquelles on passe un mandrin creux et cylindrique sur une tige conductrice par le seul fait de la suspension des valves; le dilatateur a des diamètres inégaux, et la distension qu'il opère a lieu dans un sens plutôt que dans un autre.

Le dilatateur cylindrique est entièrement différent;

1° Le mandrin est plein et creux sur deux de ses côtés, d'une ramure à queue d'aronde;

2° Les valves sont remplacées par deux petites lames d'acier, convexes en dehors et planes en dedans; réunies, elles n'ont qu'un volume de 2 millimètres; ces lames sont engagées dans les ramures du mandrin auquel elles servent de conducteur, et dont elles complètent la forme cylindrique;

3° Il résulte de cette forme que la dilatation est répartie également sur tous les points de la circonférence du canal;

4° On ajoute à l'extrémité antérieure de la tige formée par la réunion des deux lames une petite bougie pour traverser plus facilement le rétrécissement;

5° La dilatation opérée, le mandrin est retiré; sur le talon des lames, qui présente un pas de vis, on ajoute un long stylet sur lequel on introduit avec certitude une sonde dans la vessie;

6° La sonde est garnie en avant d'un ajutage métallique légèrement convexe à son extrémité, et percé d'un trou assez grand pour qu'elle passe aisément sur le stylet. Les côtés de cet ajutage présentent aussi des trous nombreux, pour que l'arme puisse s'y engager dans le cas où le trou principal se trouverait coiffé par la vessie au moment où elle revient sur elle-même. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Séance publique de l'Académie de médecine (1).

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs, pour le service de la vaccine en 1860. — 1° *Un prix de la valeur de* 1,500 *francs partagé entre* : M. Roussillon, docteur en médecine à Bourg-d'Oisans (Isère).—M. Vingtrinier, docteur en médecine à Rouen. — M. Bourré (Léon) docteur en médecine à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or). — 2° *Des médailles d'or à* : M. Bréchemier, docteur en médecine à Orléans (Loiret). — M. Millet, docteur en médecine à Cusset (Allier). — M. Bomardou, docteur en médecine à Vizille (Isère). — M. Auguste Millet, docteur en médecine à Tours.

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — 1° *Une médaille d'or à* : M. le docteur Rotureau. — 2° *Des médailles d'argent à* : M. le docteur Raoul des Longchamps, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Hammam Meskoutin (Algérie). — M. Muller, pharmacien en chef de l'hôpital militaire d'Hammam-Meskoutin. — M. Bougard, docteur en médecine à Bourbonne-les-Bains. — M. le docteur Foubert, médecin à Paris. — 3° *Des médailles de bronze à* : M. Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage.—M. Batbédat (François), médecin inspecteur des eaux de Gamarde et do Préchacq (Landes). — M. de Lagarde (Henri), médecin inspecteur des eaux de Bagnères-de-Bigorre.—M. Marbotin, médecin inspecteur des eaux de Saint-Amand (Nord). — M. Legrand du Saulle. — M. Billout, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais. — 4° *Des mentions honorables à* : M. Tellier, médecin inspecteur des eaux de Bourbon-Lancy. — M. Nogaret, médecin inspecteur des eaux minérales de Salles-de-Béarn (Basses-Pyrénées). — *Rappel de médailles d'argent, avec mention honorable à* : M. Auphan, médecin inspecteur des eaux d'Ax (Ariége). — M. Alquié, médecin inspecteur des eaux minérales de Vichy. — M. Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard. — M. Dumoulin, médecin inspecteur des eaux-mères de Salins. — M. Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau.—M. Crouzet, médecin inspecteur des eaux de Balaruc. — M. Durand (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy. — M. Dubois (Amable), médecin adjoint à Vichy.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies — 1° *Des médailles d'argent à* : M. Bertrand, médecin-major de 2e classe, pour ses études statistiques sur le recrutement dans les départements de l'Indre et du Cher, et ses recherches topographiques. — M. Dehée, d'Arras (Pas-de-Calais), pour son rapport général sur les épidémies de l'arrondissement. — M. Daga, médecin-major de 1re classe, pour son rapport sur une épidémie de variole observée à l'hôpital militaire de Lille. — M. Meilheurat, de La Palisse (Allier), pour son rapport général sur les épidémies de l'arrondissement. — M. Fargeau, de Saint-Léonard (Haute-Vienne), pour son rapport sur une épidémie de variole, à Saint-Léonard. — M. Serradell, de Prades (Pyrénées-Orientales), pour son rapport général sur les épidémies de l'arrondissement. — M. Pressat, de Pontoise (Seine-et-Oise), pour son rapport général sur les épidémies de l'arrondissement. — 2° *Des médailles de bronze à* : M. Baillet, de Bar-le-Duc (Meuse), pour son travail sur la constitution médicale de Bar-le-Duc, pendant les derniers mois du 1865. — M. Gintrac, Henri, de Bordeaux (Gironde), pour son rapport sur l'épidémie de diphthérie, observée à Carignan. — M. Costa, médecin-major de 2e classe, pour ses études statistiques sur le recrutement du Pas-de-Calais, et ses recherches sur la topographie du même département. — M. Bernard, de Dieulouard (Meurthe), pour son rapport sur l'épidémie de diphthérie qui a régné dans trois communes de l'arrondissement de Nancy. — M. Chabrand, de Briançon (Hautes-Alpes), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement. — M. Brossard, d'Épône (Seine-et-Oise), pour son rapport sur une épi-

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 527.

démie de variole qui a sévi dans cette ville.— M. Prieur, de Gray (Haute-Saône), pour son travail sur la topographie de la ville de Gray.— M. Monot, de Moux (Nièvre), pour son travail sur la constitution médicale du canton de Montsauche. — 3° *Des mentions honorables à :* M. Goupil-des-Paillères, de Nemours (Seine-et-Marne), pour son rapport sur l'épidémie de diphthérie qui a régné à Souppes.— M. Gevrey, de Vesoul (Haute-Saône), pour son rapport sur une épidémie de diphthérie qui a régné à Seey-sur-Saône.— M. Bazin, de Saint-Brice (Seine-et-Oise), pour son rapport sur l'épidémie de dysenterie qui a régné à Groslay et à Domont. — M. Prévost, fils, d'Hazebrouck (Nord), pour son rapport sur l'épidémie de diphthérie de Buysscheure.— M. Villan, d'Embrun (Hautes-Alpes), pour son rapport sur l'épidémie de variole de cette ville. — M. Monteils, de Marvejols (Lozère), pour son rapport sur l'épidémie de variole qui a régné dans les communes de Montbrun, d'Yspagnat et de Quiézac. — M. Danvin, de Saint-Pol (Pas-de-Calais), pour son rapport sur les épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné dans l'arrondissement.— M. Claudot, de Neufchâteau (Vosges), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au couvent du Saint-Esprit.— M. Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales), pour son rapport sur une épidémie de rougeole et une épidémie de coqueluche qui ont régné dans les communes de Saint-Hippolyte et de Villelongue.— M. Clément, de Fraisnes (Meurthe), pour son rapport sur une épidémie de scarlatine observée à Bouzanville.— M. Massina, de Thuir (Pyrénées-Orientales), pour sa relation d'une épidémie de scarlatine observée à Castelnau.— M. Schmitt, de Sarralbe (Moselle), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Kappel-Kinger. — M. Lemoine, de Château-Chinon (Nièvre) pour sa relation d'une épidémie de dysenterie qui a régné dans les cantons de Luzy et de Châtillon. — M. Charpentier, de Premery (Nièvre), pour son travail sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Nevers.— M. Malicheeq, de Mont-de-Marsan (Landes) pour son rapport sur une épidémie de rougeole observée dans quelques communes de l'arrondissement. — M. Candelon, de Lombez (Gers), pour son rapport sur l'épidémie de variole de Sarran.— M. Bonolt, de Dieu-le-Fit (Drôme), pour son compte rendu de l'épidémie de diphthérie qui a régné dans ce bourg. — M. Vésine-Larue, pour la relation d'une épidémie de suette observée à Montagnac (Hérault). — 4° *Rappel de médaille d'argent à :* M. Mordret, du Mans (Sarthe), pour son rapport au Conseil central d'hygiène de la Sarthe, sur les épidémies de ce département. — M. Larivière, médecin principal d'armée, pour sa relation d'une épidémie de rougeole qui a régné dans la garnison de Bordeaux.— M. Demonchaux, de Saint-Quentin (Aisne), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement.—M. Fouquet, de Vannes (Morbihan) pour son rapport au Conseil central d'hygiène du Morbihan, sur les épidémies du département.— M. Massc, médecin de l'hôpital militaire de Blidah (Algérie), pour sa topographie médicale de la ville d'Aumale et sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette ville.— M. Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement. — M. Reverchon, de Chaumont (Haute-Marne), pour son rapport sur l'épidémie de dysenterie de Nogent-le-Roy.— M. Le Bèle, du Mans (Sarthe), pour son rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au Mans.— M. Dusouil, de Melle (Deux-Sèvres), pour son rapport général sur les épidémies de l'arrondissement.— M. Mignot, de Gannat (Allier), pour son rapport sur les épidémies de rougeole et de variole observées dans plusieurs communes de l'arrondissement. — M. Carret, de Chambéry (Savoie), pour son travail sur une épidémie qui a régné dans le lycée de cette ville.— M. Piedvache, de Dinan (Côtes-du-Nord), pour son rapport général sur les épidémies de l'arrondissement.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1868 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier et Amussat sont exceptés de ces dispositions.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE ET ONZIÈME VOLUME.

A

Académie de médecine (Séauce publique de l'), 527.
Acétique (Traitement du cancer par les injections d'acide), 495.
Acide arsénieux (Traitement du choléra par l'), 425.
— *citrique* (De l'emploi de l') contre les douleurs cancéreuses, 139.
— *nitreux* (De l'emploi de l') dans le traitement du choléra, 135.
Acné ponctuée (Traitement de l'), 425.
Albuminurie remontant au moins à neuf mois guérie par les bains sulfureux, 278.
Alcool (De l'influence de l') sur la température, 422.
Ammoniaque (Du traitement du tétanos par l') à haute dose, 55, 564.
— (Emploi de l'hydrochlorate d') dans la gangrène sénile, 524.
Anasarque (Cas d') traité avec succès par la diète et l'oignon cru, 376.
Anémie (Traitement de l'), 189.
Anesthésie locale (Nouvelles recherches sur l'), 188.
— — électrique pour l'extraction des dents, 477.
Anesthésique local, la rhigolène, nouvel agent, par M. Bigelow, 29.
Anévrisme du pli du coude. Ligature par la méthode d'Anel, insuccès. Double ligature dans le sac, guérison, par M. Tillaux, 543.
Anévrismes (Compression personnelle dans les), 90.
Année médicale et scientifique, par MM. Moutet, Jacquemet, Pécholier et Cavalier (compte rendu), 180.
Annuaire pharmaceutique fondé par O. Reveil et Parisct (compte rendu), 180.
Antagonisme (De l') en pathologie et en thérapeutique. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par M. le docteur Constantin Paul (compte rendu), 227.
Anthrax (Traitement de l'), 238.
Aphonie (Deux cas d') guérie par l'électricité, 136.
Appareil pour la crampe des écrivains, 565.
Arsenic (Cas de mort produite par l'ingestion habituelle d'), 237.
Artères linguales (Ligature des) dans le cancer de la langue, 565.
Asphyxie (Paralysie, suite d') par le charbon. Son traitement, 522.
Atropine (Phosphorescence de l'), des sulfates de quinine et de cinchonine, par M. Stanislas Martin, 262.
— (Contracture hystérique guérie par une injection hypodermique de sulfate d'), 472.
Attelles plâtrées contre la reproduction des luxations phalangiennes, 44.

B

Bains de vapeur téréhenthinée (Rhumatisme blennorrhagique chronique. Guérison par les), 274.
— *sulfureux* (Albuminurie remontant au moins à neuf mois, guérie par les), 278.
Bandage (Nouveau) contentif de la luxation sus-acromiale de la clavicule, 94.
— à compression aérienne, par M. Ant. de Beaufort, 465.
Baudot. Voies d'introduction des médicaments, applications thérapeutiques. Thèse présentée au concours pour l'agrégation (compte rendu), 225.
Beau. Traité de la dyspepsie (compte rendu), 468.
Bismuth (Sur l'emploi du sous-nitrate de) dans le traitement de la dysenterie épidémique des pays chauds, par M. le docteur Brassac, 344.
— (Du mode d'administration du sous-nitrate de) et de son emploi thérapeutique, par M. le professeur Monneret, 481.
Bouchut. Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant le résumé de la médecine et de la chirurgie et les indications thérapeutiques de chaque maladie, etc. (compte rendu), 369.

Bouillons (Des) alimentaires et médicinaux, par M. Z. Roussin, pharmacien-major de 1re classe, 206.
Brome (Des effets du) et des bromures, 91.
— (Emploi du) dans le traitement du cancer épithélial, 562.
Bromures (Des effets du brome et des), 91.
— *de potassium*, d'ammonium et de cadmium (De l'emploi des) dans la folie et l'épilepsie, 92.
— — (Recherches cliniques sur le) et sur son emploi dans le traitement de l'épilepsie, par M. le docteur Auguste Voisin, 97, 145.
Brûlures (Du traitement des), 323.
Buchner. Science et nature, essais de philosophie et de science naturelle; traduit de l'allemand par M. Augustin Delondre (compte rendu), 317.

C

Cade. Lettre à M. le rédacteur en chef du Bulletin général de Thérapeutique, 224.
Caféine (De l'action du citrate de), 325.
Cancer (Traitement du) par les injections d'acide acétique, 495.
— *de la langue* (Ligature des artères linguales dans le), 565.
— *épithélial* (Traitement du) par l'emploi local du brome, 562.
Cancéreuses (De l'emploi de l'acide citrique contre les douleurs), 139.
Cataractes (Du mode opératoire qui convient le mieux aux) capsulaires centrales et capsulo-lenticulaires centrales et incidemment de l'extraction de la cataracte lenticulaire simple avec sa capsule, par M. le docteur Sichel, 201.
Catarrhe bronchique (Traitement du), 525.
Cautérisations multiples au fer rouge dans un cas de paraplégie. Guérison, 229.
— (Empoisonnement par la) d'une dent, 425.
Céphalalgie (Traitement de la) par la verveine, 523.
Céphalotripsie (Parallèle de la) et de l'opération césarienne, par M. le docteur A. Guéniot (compte rendu), 80.
Cérat (Erythème produit par l'action du), 273.
Césarienne (Parallèle de la céphalotripsie et de l'opération), par M. le docteur A. Guéniot (compte rendu), 80.
Chardon à foulon (Effets du dypsacus sylvestris) contre la gangrène qui vient souvent compliquer les plaies contuses et par armes à feu, 381.
Charme (Emploi médical des feuilles de), 326.
Chauffard. De la spontanéité et de la spécificité dans les maladies (compte rendu), 552.
Chevreul. Histoire des connaissances chimiques (compte rendu), 268
Chlorate de potasse (Incompatibilité du) avec l'iodure de potassium, par M. le docteur Amédée Vée, 405.
Chloro-carbone (Sur le), par M. Adrian, 27.
Chloroforme et éther contre les larves, 570.
— (Traitement du choléra par les inhalations du), 477.
Chlorure de zinc (Pansement des plaies par la solution de), 380.
Choléra (De l'emploi de l'acide nitreux dans le traitement du), 135.
— (Mode de propagation du), 140.
— (Instruction du conseil privé de la Grande-Bretagne concernant les précautions à prendre contre le), 143.
— (Formule contre le), 214.
— (De la transmission du), 321.
— (Traitement du) par les injections hypodermiques d'eau chaude et les injections salines dans les veines, 375.
— (Traitement de la cholérine et du), 378.
— Epidémie cholérique de 1866. Prophylaxie et thérapeutique, par M. le docteur Besnier, 385, 433.
— (Résumé des tentatives qui ont été faites dans ces derniers temps pour résoudre les principales questions relatives au), 410.
— (Traitement du) par les injections salines dans les veines, 421.
— (Traitement du) par l'acide arsénieux, 425.
— (Traitement du) par les inhalations du chloroforme, 477.
Cholérine (Traitement de la) et du choléra, 378.
Cirrhose du foie avec ascite traitée avec succès par l'iodure de potassium. Retour de l'ascite après plusieurs années; mort; autopsie, 424.
Claviculo (Nouveau bandage contentif de la luxation sus-acromiale de la), 94.
Codex (Préface du nouveau), par M. Dumas, de l'Institut, 117.
— (Lettre de M. Victor Garnier, pharmacien, à propos du nouveau), 258.
— (Remarques pratiques sur les si-

rops médicamenteux du nouveau), par M. Stanislas Martin, 502, 551.
Cœur (Diète lactée dans le traitement des maladies du), 376.
Compression personnelle dans les anévrismes, 90.
— (Bandages à) aérienne, par M. Ant. de Beaufort, 465
Congrès médical international de Paris, 329, 382, 427.
Conjonctivite granuleuse (Traitement de la), 136.
Contracture hystérique guérie par une injection hypodermique de sulfate d'atropine, 472.
Copahu titré (Note sur l'émulsion de), par M Jeannel, 307.
Coqueluche (Remarques sur le traitement de la) par les émanations des usines à gaz, 337.
— rapidement guérie au moyen d'injections hypodermiques de morphine, 475.
Corps étranger ayant séjourné dix semaines dans le larynx, extrait par la laryngo-trachéotomie, 270.
— *fibreux* (Expulsion spontanée d'un) de l'utérus, par M. le docteur G. Bernulz, 518.
Crampe des écrivains (Appareil pour la), 565.
Cristallin (Nouvel instrument pour extraire le) (gravure), 525.
Croup (Traitement du) par la fleur de soufre, 135.
— (Traitement du) par la joubarbe, 328.
Cubèbe (D'un nouveau mode d'administration du), par M. le docteur Constantin Paul, 309.

D

Délire (Du) d'inanition dans les maladies. Son diagnostic et son traitement, 137.
DEMARQUAY. Essai de pneumatologie médicale. Recherches physiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les gaz (compte rendu), 33.
Dents. Hyperesthésie de la pulpe dentaire guérie par trépanation et cautérisation, 236.
— (Empoisonnement par la cautérisation d'une), 425.
— (Anesthésie locale électrique pour l'extraction des), 477.
Dentaire (Influence de la salive sur la carie), 327.
DESPRÈS. Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, etc. (compte rendu), 569.
Diarrhées (Traitement des) de l'enfance, 93.
— (Perchloruro de fer contre la), 326.
Dictionnaire annuel du progrès des sciences et institutions médicales, par M. P. Garnier (compte rendu), 180.
— de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, etc., par MM. Bouchut et Armand Després (compte rendu), 369.
Diète lactée dans le traitement des maladies du cœur, 376.
— — (Des indications de l'emploi de la) dans le traitement des maladies, par M. le docteur Pécholier, 443.
Digitale (Emploi de la) dans les maladies mentales, 43.
Dilatateur lacrymal (gravure), 281.
— urétral cylindrique (gravure), 566
Douches nasales (Ozène opiniâtre traité avec succès par les), 275.
Dysenterie épidémique (Sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la) des pays chauds, par M. le docteur Brassac, 344.
— *aiguë* (D'un succédané de l'ipécacuanha dans le traitement de la), 523.
Dyspepsie (Traité de la), par M. le docteur Beau (compte rendu), 468.

E

Eau-de-vie amère contre les plaies et les contusions, 327.
Eclampsie (Heureux effets du sulfate de quinine dans l') des enfants, par M. H. Sauné, 77.
Electricité (Deux cas d'aphonie guérie par l'), 136.
— (Bons effets de l') sur la cicatrisation des ulcères atoniques, 564.
Electuaire (Fièvre intermittente. Traitement par l') de Lohstein, 43.
Emétique (Accidents mortels produits par l') chez de jeunes enfants, 89.
Empoisonnement (Un cas d') par la strychnine, 44.
— (Traitement de l') par le phosphore, 154.
— par la cautérisation d'une dent, 425.
— par les serpents de Pharaon, 565.
Enfance (Traitement des diarrhées de l'), 93.
Enfants (Accidents mortels produits par l'émétique chez des jeunes), 89.

Enfants (Heureux effets du sulfate de quinine dans l'éclampsie des), par M. H. Sauné, 77.
— (De l'entorse chez les), par M. le docteur Guersant, 112.
— (Chute du canal de l'urètre chez les), 307.
— (Du strabisme chez les), par M. le docteur Guersant, 395.
— (Des engelures chez les), par M. le docteur Guersant, 400.
Engelures (Des) chez les enfants, par par M. le docteur Guersant, 400.
Entorse (De l') chez les enfants, par M. le docteur Guersant, 112.
— (Du traitement de l') par l'emploi local du laudanum à haute dose, 187.
Epidémie cholérique de 1866. Prophylaxie et thérapeutique, par M. le docteur Besnier, 385, 433.
Epilepsie (De l'emploi des bromures de potassium, d'ammonium et de cadmium dans la folie et l'), 92.
— (Recherches cliniques sur le bromure de potassium et sur son emploi dans le traitement de l'), par M. le docteur Auguste Voisin, 97, 145.
— *syphilitique*. Guérison, 476.
Erythème produit par l'action du cérat, 273.
Essence (Formule pour l'administration de l'), par M. Danuecy, 75.
— (Falsification de l') du romarin officinal, 177.
Ether et chloroforme contre les larves, 379.
— *pulvérisé* (Hernie étranglée réduite au moyen de la réfrigération locale par l'), 425, 563.
— — (Emploi de l') pour arrêter les hémorrhagies puerpérales, 478.
Exostoses du sinus frontal. Leur traitement, 279.

F

Fébrifuge (Action) de l'iris de Florence, 423.
Fémur (Luxation du). Réduction facile par le procédé de Reid, 233.
Fièvre intermittente. Traitement par l'électuaire de Lobstein, 43.
— — des femmes nerveuses, insuccès constant du sulfate de quinine, guérison par les antispasmodiques. Deux cas où la fièvre intermittente est anomale, par M. le docteur Cantel, 263.
— *symptomatique* (De l'influence des injections hypodermiques de sulfate de quinine dans un cas de) simulant une fièvre hectique, par M. le docteur Bouyer, 122.
Fistule lacrymale (Modification au procédé de Foltz pour le traitement de la), 189.
— *anale* (Guérison de la), par la sonde à demeure, 92.
Fleurs (Moyen d'obtenir le parfum des), 176.
Foie (Traitement de la maladie hydatique du), 93.
— (Tumeur hydatique du) traitée avec succès par l'injection de l'extrait de fougère mâle dans le kyste, 378.
Forceps asymétrique (Sur le), par M. le docteur Ed. Lambert, 313.
— — (Sur le). Retroceps) Description, manœuvre, mode d'action, applications cliniques de cet instrument, par M. le docteur Hamon, 503.
— *scie* (De l'emploi du), 329
Fougère mâle (Tumeur hydatique du foie traitée avec succès par l'extrait de) dans le kyste, 378.
Fracture compliquée de la jambe droite issue du fragment supérieur qui est irréductible. Agrandissement de la plaie. Résection du fragment. Enlèvement des esquilles. Immobilisation dans une gouttière plâtrée. Guérison, 419.
— *du larynx*. Œdème de la glotte, trachéotomie. Guérison, 43.
— (De la suture des os dans les) compliquées ou non réunies, par M. le docteur Bérenger-Féraud (gravures), 20, 61.

G

Gangrène (Effets du dypsacus sylvestris (chardon à foulon) contre la) qui vient souvent compliquer les plaies contuses et par armes à feu, 381.
— *sénile* (Emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans la), 524.
Garnier. Dictionnaire annuel du progrès des sciences et institutions médicales (compte rendu), 180.
Gastrotomie (De la) dans le cas de tumeurs fibreuses péri-utérines, 276.
Glace (Bons effets de l'application locale de la) dans un cas de péritonite puerpérale, 235.
Glycérolé (Sur un nouveau). La glyconine, par M. Edmond Sichel. 73.
Glyconine (La), sur un nouveau glycérolé, par M. Edmond Sichel, 73.
Gobert (Lettre de M. le docteur), aide-major aux carabiniers de la garde, 263.

Grossesses compliquées (Des) et de leur traitement, par M. le docteur Guéniot. 253, 353, 449.
GUÉNIOT. Parallèle de la céphalotripsie et de l'opération césarienne (compte rendu), 80

H

Hémorrhagie par le bout placentaire du cordon ombilical, par M. le docteur Chedevergne, 405.
— *puerpérales* (Emploi de l'éther pulvérisé pour arrêter les), 478.
Hémorrhoïdes (Du traitement des), 167.
Hernie étranglée, réduite au moyen de la réfrigération locale par l'éther pulvérisé, 425, 563.
— *inguinales* (Méthode simple de cure radicale des), 379.
— *lombaire* (Observations de), 276.
— *ombilicale étranglée* (Deux cas de), opérée avec succès, 234.
Histoire des connaissances chimiques, par M. E. Chevreul (compte rendu), 268.
Huile de faîne (Une cause d'altération de l'), par M. Stanislas Martin, 261.
— *de foie de morue* (De l'administration de l') et des moyens de la remplacer, 187.
Humérus (Pseudarthrose de l'). Guérison par la résection et la suture des fragments, 557.
Hydatique du foie (Traitement de la maladie), 93.
Hydrocèle (Traitement de l') par l'injection do sulfate de zinc, 474.
Hydrothérapie (De l') dans les maladies utérines, par M. le professeur Courty (gravure), 49.
— (De l') dans les affections utérines, 328.
Hypertrophie (Sur l') sénile de la prostate, 93.
Hyposulfites (Note sur l'action antiputride des) sur les déjections infectieuses, les matières fécales et les lochies, par M. le docteur Constantin Paul, 250.
Hystérique (Contracture) guérie par une injection hypodermique de sulfate d'atropine, 472.

I

Injections (Traitement du cancer par les) d'acide acétique, 495.
— *hypodermiques* (De l'influence des) de sulfate de quinine dans un cas de fièvre symptomatique simulant une fièvre hectique, par M. le docteur Boyer, 122.
Injections hypodermiques (Traitement du choléra par les) d'eau chaude et les injections salines dans les veines, 373.
— — (Coqueluche rapidement guérie au moyen d') de morphine, 475.
— *salines* (Traitement du choléra par les injections hypodermiques d'eau chaude et les) dans les veines, 373.
Iodo-arsenicale mercurielle (Sur les applications thérapeutiques de la liqueur) de Donavan, par M. le docteur Pedrelli, 18.
Iodoforme (Emploi de l'), 232.
Iodure de potassium (Nécessité des hautes doses d') dans certains cas de syphilis tertiaire, 137.
— — (Incompatibilité du chlorate de potasse avec l'), par M. le docteur Amédée Vée, 403.
— — (Cirrhose du foie avec ascite traitée avec succès par l'). Retour de l'ascite après plusieurs années. Mort ; autopsie, 424.
Ipécacuanha (D'un succédané de l'), dans le traitement de la dysenterie aiguë, 523.
Iris de Florence (Action fébrifuge de l'), 423.
Iritis rhumatismal (Traitement de l'), 427.

J

Joubarbe (Traitement du croup par la), 328.
JOUSSET (de Bellesme) (Lettre de Constantinople par M.), médecin sanitaire en Orient, 178.

K

Kermès (Phthisie rapide développée à la suite de l'usage d'une préparation ferrugineuse. Traitement des accidents aigus à l'aide du) associé à l'extrait de quinquina, par M. le docteur A. Collas de Courval, 214.

L

Lacrymales (Traitement de l'obstruction des voies) par l'oblitération du sac, 473.
Lactucarium (Observation de médecine pratique sur les sirops diacode, d'opium et de), par M. Stanislas Martin, 460.
Larynx (Fracture du). Œdème de la glotte. Trachéotomie. Guérison, 43.
— (Corps étranger ayant séjourné dix semaines dans le) extrait par la laryngo-trachéotomie, 279.
— (Polypes multiples du). Laryngotomie thyro-hyoïdienne, 280.

Laudanum (Du traitement de l'entorse par l'emploi local du) à haute dose, 187.
Leudet (Lettre de M.), directeur de l'École de médecine de Rouen, 76.
— (Lettre de M.), directeur de l'École de médecine de Rouen, 462.
Longet. Mouvement circulaire de la vie dans les règnes. Tableaux comprenant un aperçu des fonctions nutritives dans les êtres organisés (compte rendu), 517.
Luxations (Nouvelle méthode pour réduire les), 38.
— (Attelles plâtrées contre la reproduction des) phalangiennes, 44.
— (Nouveau bandage contentif de la) sus-acromiale de la clavicule, 94.
— *du fémur*. Réduction facile par le procédé de Reid, 233.

M

Machines à coudre (Influence des) sur la santé et la moralité des ouvrières, 45.
Maladies (Du délire d'inanition dans les), son diagnostic et son traitement, 137.
— (Des indications de l'emploi de la diète lactée dans le traitement des), par M. le docteur Pécholier, 443.
— *mentales* (Emploi de la digitale dans les), 43.
Médecine opératoire (Traité de), par M. Sédillot (compte rendu), 126.
Mercure métallique (Transsudation du) à travers la peau, 44.
Métrorrhagies chez les femmes chargées d'embonpoint. Leur traitement, 42.
Meunier. La science et les savants en 1865 (compte rendu), 180.
Morphine (Coqueluche rapidement guérie au moyen d'injections hypodermiques de), 475.
Mortalité (Sur les causes de la) des nouveau-nés et les moyens d'y remédier, 381.

N

Névrotomie (Tic douloureux de la face traitée sans succès par la), 130.
Noyer (Observation pour servir à l'histoire médicale du), par M. Stanislas Martin, 368.

O

Obstruction intestinale traitée par la pompe stomacale, 90.
— (Traitement de l') des voies laorymales, par l'oblitération du sac, 473.
Oignon cru (Cas d'anasarque traité avec succès par la diète et l'), 376.
Ophthalmofantôme (Appareil dit) (gravure), 478.
Opium (Observation de tétanos traité avec succès par les sangsues et l'), 91.
— Observation de médecine pratique sur les sirops diacode, d'opium et de lactucarium simple et composé, par M. Stanislas Martin, 460.
— (Bons effets de l') à l'intérieur, dans un cas d'ulcère chronique très-douloureux du membre inférieur, 476.
Os (De la suture des) dans les fractures compliquées ou non réunies, par M. le docteur Berenger-Féraud (gravures), 20-61.
Ozène opiniâtre traité avec succès par les douches nasales, 275.

P

Paralysies, suite d'asphyxie par le charbon, leur traitement, 522.
Paraplégie. Cautérisations multiples au fer rouge. Guérison, 229.
Paul Constantin. De l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique, thèse présentée au concours pour l'agrégation (compte rendu), 227.
Perchlorure de fer contre la diarrhée, 326.
Périnée (Rupture complète du). Périnéoraphie, application du procédé de M. Demarquay. Guérison, 185.
Péritonites puerpérales aiguës (Des) partielles, et de leur traitement, par M. le docteur Hervieux, 193, 241, 289, 529.
— — (Bons effets de l'application locale de la glace dans un cas de), 235.
Permanganate de potasse (Traitement du rhumatisme aigu par le), 377.
Phimosis (Cas de stérilité chez l'homme cessant après la guérison d'un), 276.
Phosphore (Traitement de l'empoisonnement par le), 134.
Phthisie rapide, développée à la suite de l'usage d'une préparation ferrugineuse; traitement des accidents aigus, à l'aide du kermès associé à l'extrait de quinquina, par M. le docteur A. Collas de Courval, 214.
— (Doit-on chercher à guérir les affections utérines compliquant la)? 524.
Plaies (Eau-de-vie amère contre les) et les contusions, 327.

Plaies (Pansement des) par la solution de chlorure de zinc, 380.
— (Plombage des), 382.
Pleurésie chronique. Evacuation du pus par une fistule pleuro-bronchique, facilitée au moyen de la position. Guérison, 41.
Plombage des plaies, 382.
Pneumatologie médicale (Essai de). Recherches physiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les gaz, par M. le docteur Demarquay (compte rendu), 33.
Podophylline (Propriétés emménagogues de la), 232.
Polypes multiples du larynx, laryngotomie thyro-hyoïdienne, 280.
Pompe stomacale (Obstruction intestinale traitée par la), 90.
Prix (Distribution des), 527.
Prostate (Sur l'hypertrophie sénile de la), 93.
Pseudarthrose de l'humérus. Guérison par la résection et la suture des fragments, 557.

Q

Quinine (Heureux effets du sulfate de) dans l'éclampsie des enfants, par M. H. Sauné, 77.
— (Phosphorescence de l'atropine des sulfates de) et de cinchonine, par M. Stanislas Martin, 262.

R

Raynaud. De la Révulsion. Thèse présentée au concours pour l'agrégation (compte rendu), 228.
Retroceps (Sur le) (forceps asymétrique). Description, manœuvre, mode d'action, applications cliniques de cet instrument, par M. le docteur Hamon, 503.
Révulseur (Nouveau) (gravures). 426.
Révulsion (De la), par M. Maurice Raynaud. Thèse présentée au concours pour l'agrégation (compte rendu), 228.
Rhigolène (Le), nouvel agent anesthésique local, par M. Bigelow, 29.
Rhumatisme blennorrhagique chronique. Guérison par les bains de vapeur térébenthinés, 274.
— *aigu* (Traitement du) par le permanganate de potasse, 377.
Romarin (Falsification de l'essence du) officinal, 177.
Rupture de l'utérus (Travail compliqué de); extraction du fœtus par la version. Guérison, 233.

S

Salive (Influence de la) sur la carie dentaire, 327.
Sang. De l'emploi des émissions sanguines dans les maladies utérines, par M. le professeur Courty, 5.
— (Une cure par le) de volaille; observation par M. le docteur J. Mascarel, 30.
— (Emploi du) en thérapeutique, 236.
Sangsues (Observation de tétanos traité avec succès par les) et l'opium, 91.
Sauge (De l'emploi de la) contre les sueurs profuses, 188.
Science et les Savants (La) en 1865, par M. Victor Meunier (compte rendu), 180.
Sédillot. Traité de médecine opératoire (compte rendu), 126.
Seringue de Pravaz (Remarques sur la), par M. le docteur Léon Danis, 393.
Sirops diacode (Observation de médecine pratique sur les), d'opium, de lactucarium simple et composé, par M. Stanislas Martin, 460.
— *médicamenteux* (Remarques pratiques sur les) du nouveau Codex, par M. Stanislas Martin, 502.
Soufre (Traitement du croup par la fleur de), 135.
Spina bifida (Du), par M. le docteur Guersant, 304.
Stérilité (Cas de) chez l'homme cessant après la guérison d'un phimosis, 278.
Stomatite argentique (Observation de) survenue dans le cours du traitement d'une paralysie par l'azotate d'argent, par M. le docteur Guipon, 86.
Strabisme (Du) chez les enfants, par M. le docteur Guersant, 395.
Strychnine (Un cas d'empoisonnement par la), 44.
Sulfate de quinine (De l'influence des injections hypodermiques de) dans un cas de fièvre symptomatique simulant une fièvre hectique, par M. le docteur Bouyer, 122.
— — (Fièvre intermittente des femmes nerveuses ; insuccès constant du). Guérison par les antispasmodiques ; deux cas où la fièvre intermittente est anomale, par M. le docteur Cantel, 263.
— *de zinc* (Traitement de l'hydrocèle par l'injection au), 474.
Suppositoires (Formules de), par M. Simpson, 75.
Suture (De la) des os dans les frac-

tures compliquées ou non réunies, par M. le docteur Bérenger-Féraud. (Gravures), 20, 61.
Suture dans une pseudarthrose de l'humérus, par M. Demarquay, 557.
Syphilis hépatique (Curabilité de la), 138.
— *tertiaire* (Nécessité des hautes doses d'iodure de potassium dans certains cas de), 137.

T

Température (De l'influence de l'alcool sur la), 422.
Térébenthine (Formule pour l'administration de la), par M. Dannecy, 75.
Tétanos (Observation de) traité avec succès par les sangsues et l'opium, 91.
— (Du traitement du) par l'ammoniaque à haute dose, 55, 564.
— *rhumatismal* (Guérison d'un cas de), 326.
Thérapeutique (Du mode d'administration du sous-nitrate de bismuth et de son emploi), par M. le professeur Monneret, 481.
Thoracentèse (Nouveau trocart pour la) (gravure), 189.
Tic douloureux de la face traité sans succès par la névrotomie, 150.
Trachéotomie. Fracture du larynx. Œdème de la glotte. Guérison, 43.
— (Corps étranger ayant séjourné dix semaines dans le larynx, extrait par par la laryngo-), 279.
Transfusion du sang (Instrument pour la) (gravures), 525.
Trépanation (Hyperesthésie de la pulpe dentaire guérie par) et cautérisation, 236.
Tumeur hydatique du foie traitée avec succès par l'injection de l'extrait de fougère mâle dans le kyste, 378.
— (De la gastrotomie dans le cas de), fibreuses péri-utérines, 276.

U

Ulcère (Bons effets de l'opium à l'intérieur, dans un cas d') chronique, très-douloureux du membre inférieur), 476
Ulcère atonique (Bons effets de l'électricité dans les cas d'), 564.
Urètre (Chute du canal de l') chez les enfants, par M. le docteur Guersant, 307.
Utérines (De l'emploi des émissions sanguines dans les maladies), par M. le professeur Courty, 5.
— (De l'hydrothérapie dans les maladies), par M. le professeur Courty (gravure), 49.
— (De l'hydrothérapie dans les affections), 328.
— (Doit-on chercher à guérir les affections) compliquant la phthisie? 524.
Utérus (Travail compliqué de rupture de l'); extraction du fœtus par la version. Guérison, 233.
— (Expulsion spontanée d'un corps fibreux de l'), par M. le docteur Bernutz, 518.

V

Vaccination (Appareil à) (gravure), 45.
Vagin (Absence congénitale du); création d'un vagin artificiel. Guérison, 231.
— (Absence congénitale du) (Nouveaux cas d'); création d'un vagin artificiel, 324.
Vanille (Conservation de la), par M. Stanislas Martin, 462.
Verveine (Traitement de la céphalalgie par la), 523.
Voies d'introduction des médicaments. Applications thérapeutiques. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par M. le docteur Baudot (compte rendu), 225.

Z

Zinc (Traitement de l'hydrocèle par l'injection au sulfate de), 474.

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE ET ONZIÈME.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.